

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATORIO SÃO LUCAS

Instituto de ensino e pesquisa da Cirurgia

Diretor: **MARCELO LACERDA RIBEIRO**

VOL. LXXI

São Paulo, Janeiro de 1956

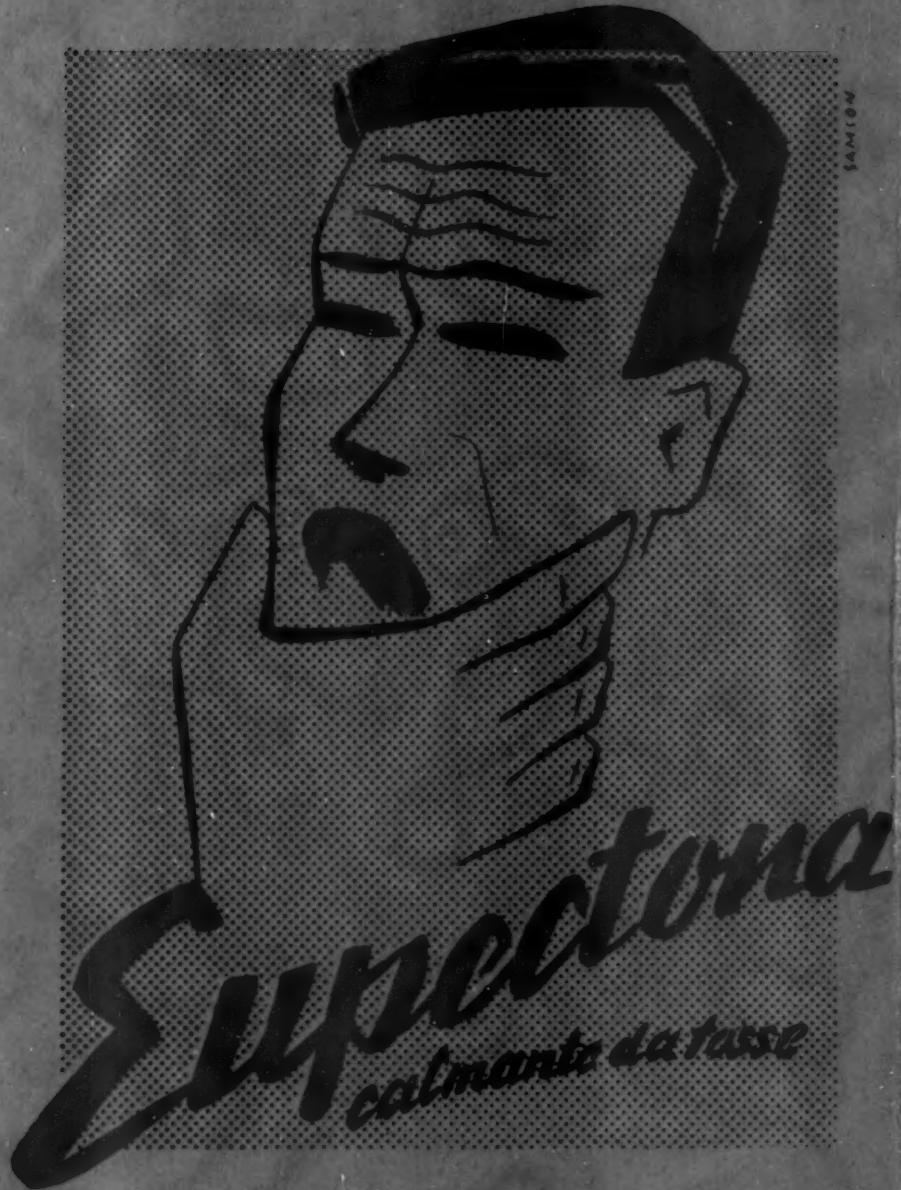
N.º 1

Sumário:

	Pág.
Sinfisiotomia em cabeça derradeira — Dr. J. DUCU DE ANDRADE	19
Tipos de "linguetas pancreáticas" relacionadas com o ducto coledoco em indivíduos negros e brancos — Dr. TRIESTE SMANIO	23
Resultado del tratamiento quirúrgico de los varicos de los miembros inferiores. — Prof. AUGUSTO WYBERT e Drs. PAULO UCHITEL, JUAN A. VIAGGIO e SAÚL POILISHER	37
La exploración de la mamaria interna en el tratamiento del cáncer mamario — Prof. AUGUSTO WYBERT e Dr. JUAN A. VIAGGIO	53
Vesícula fresa (<i>su tratamiento y importancia de las disquinesias biliares asociadas</i>) — Drs. RICARDO AMASQUÉ DEDES e LEONARDO OSCAR BRAIER	69
Tratamiento de ciertos casos de litiasis de la glándula submaxilar por la extirpación del conducto de Wharton — Prof. CARLOS BERGARA	73
O tratamento cirúrgico da astenia do esôfago com lâcula traqueo-esofágiana (<i>Apresentação de um caso de anastomose primária extrapleural com sobrevida</i>) — Drs. VÍRGINIO A. DE CARVALHO PINTO, PEDRO REFINETTI e ROBERTO DE VILAENA MORAES	77

DÉCIMO QUINTO NÚMERO CONSAGRADO AO
**II CONGRESSO DA SEÇÃO BRASILEIRA DO
COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES**

SANTOS



LABORATÓRIO TORRES S. A.

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica mensal fundada em 1913 sob a direção dos Drs.:

**ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO,
VITAL BRAZIL E DIOGO DE FARIA**

*Editada sob a direção do
DR. ADEMAR NOBRE*

pelo



Sanatório São Lucas

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESCO DA CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

**ÍNDICE DO
VOLUME LXXI
JANEIRO A JUNHO DE 1956**

São Paulo Editora S/A., imprimiu

1956

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

C A P A :

	Cr\$
2. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.800,00
3. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.500,00
4. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	2.500,00

T E X T O :

	Cr\$
1 página (12 × 19 cm.) por vez	1.800,00
½ página (9 × 12 cm.) por vez	1.000,00
¼ página (9 × 5,5 cm.) por vez	600,00
Encarte por vez	1.800,00

Página fixa 20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(*Italil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁*)

Absorção praticamente nula, alcançando grande concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÉUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.^o Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

VIKASALIL

B1

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B1	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Eucanta!

neuro-sedativo — anti-espasmódico — anti-concussivo



Na hiper-excitabilidade reflexa — Cárdo-Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Cárdo-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sistoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacantha-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: | **Adultos:** 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S.A.
PRODUTOS FARMACÉUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 — Telefone 33-3426 — São Paulo

No tratamento da
**Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral**

Pantofedrina

Novo específico à base de folhas e cascas de
ERITHRINA CHRISTA-GALI
(COM GLUCOSE)

Pantofedrina

no tratamento da coqueluche
preparado no
LABORATÓRIO PHARMA
introdutor da
Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR



DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opióides
- ★ É particularmente útil nas dores prevacadas, mantidas ou exaladas por espasmos da musculatura lisa.



Ampolas de 1 ml com 3, 25 e 100 comprimidos

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENHA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A - VI - PEL
D - VI - PEL
A - D - VI - PEL
POLI - VI - PEL
VITSALMIN

Emulsões

A - D - BOM
EMULVIT



Triunfando através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais pure-sangue,

*Codeína e
Cloridrato de
Etilmorfina*
lideram tradicionalmente
a terapêutica das
Tosses



Gotas

IBEL

fórmula:

modo de usar:

Cloridrato de Etilmorfina.....	0.003 g.
Codeína.....	0.004 g.
Tintura de Lobelia.....	0.1 g.
Tintura de Grindelia.....	0.1 g.
Tintura de Crataegus.....	0.1 g.
Água de Louro Cereja.....	0.2 g.

ADULTOS: - 40 gotas em um cálice de
água açucarada, 4 a 5 ve-
zes ao dia, ou segundo cri-
tório médico.

crianças: - 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÉUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 — Fone 33-3426 — São Paulo

DRENASE

DRENAGEM MÉDICA DAS VIAS BILIARES

"A antisepsia biliar não é possível sinão pelo fluxo da bile" (Fiessinger N.). Para desinfetar é preciso drenar. • "A estase biliar lesa a célula hepática porque a estase se propaga até ela. (Congresso da Insuficiência Hepática. Vichy 1937). • Para impedir a litíase é preciso impedir a estase e a infecção que são, além do fator humoral fundamental, os dois grandes fatores da litíase. • Drenase aplica e respeita êstes grandes princípios da terapêutica hepáto-biliar.

- Drenase é apresentada sob a forma de granulado solúvel, comportando para 100 partes: 30 partes de citrato de magnésia; 10 partes de peptona; 40 partes de lactoserum, e açucar.
- O citrato de magnésia possue a mesma ação qualitativa que o sulfato, porém não tem sobre o epitélio intestinal a sua ação irritante.
- Tomar em jejum uma a duas medidas de Drenase, em meio copo d'água morna. Deitar-se em seguida 10 minutos sobre o lado direito, e aguardar meia hora antes da primeira refeição.
- CONGESTÃO HEPÁTICA. LITÍASE HEPÁTO-BILIAR. ICTERÍCIA. DISPEPSIAS HEPÁTO-BILIARES. ALERGIA DIGESTIVA. ENXAQUECAS. URTICÁRIA. EDEMA DE QUINCKE.



LABORTÓRIOS ENILA S. A. — RIO DE JANEIRO

Matriz: Rua Riachuelo, 242 — C. P. 484 — Filial: Rua Marquês de Itá, 202 — S. Paulo

AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:
AMPLICTIL, na Argentina
AMPLICTIL, no Brasil
HIBERNAL, na Suécia
MEGAPHEN, na Alemanha
THORAZINE, nos Estados Unidos da América

★ CLÍNICA GERAL

Náuseas, vômitos, soluções

Insônias

Asma

Distonias neurovegetativas diversas:

distúrbios hepatovesiculares, colite espasmódica,
cardiespasmos, perturbações de origem tireoideana

Síndromes graves das doenças infecciosas

Algias rebeldes: dores cancerosas, reumáticas, zosterianas,
pós-operatórias e outras

Pruridos de origem interna: diabetes, icterícia,
intolerâncias alimentares

Eczemas pruriginosos

★

Frasco de 30 comprimidos a 25 mg

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm³ a 25 mg,
para injeções intramusculares profundas

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm³ a 50 mg,
para injeções intravenosas



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra
Ascaris e Oxiurus

No tratamento das verminoses causadas por
Ascaris lumbricoides, *Oxyurus vermiculares*
e outras espécies da família dos *oxycurideos*.



APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm³ para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm³ para pacientes de peso
superior a 30 quilos.



As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal
conforme tabela mencionada na bula.



LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.
Rua São Luiz, 161 — São Paulo, Brasil



Syntavit

Vitamina K hidrossolúvel

Dispensa a administração conjunta de sais biliares, pode ser administrado por via endovenosa. é indolor por via intramuscular. Fácil absorção.

Ampolas — Comprimidos

Climax

Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÓRIO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENALIS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

*A cruz "Bayer"
é mundialmente
conhecida.*

Em qualquer lugar do mundo é a "Cruz »Bayer«", há mais de meio século, conhecida e afamada como a perfeita marca de garantia de medicamentos dignos de absoluta confiança. Não há no mundo inteiro um médico, velho clínico ou recem-saido da Faculdade, que não conheça a "Cruz »Bayer«" e não veja nela um símbolo de garantia e eficácia.



Se é BAYER é bom

Xantinon

Ampolas de 2 e 5 cm³

Metionina
Xantina
Cloridato de colina
Fração L de Wilson

Excipiente : -
Fatores lipotrópicos hepáticos

Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.



SULFADEX-GÔTAS

"SULFAS COMBINADAS EM SOLUÇÃO AQUOSA"

FÓRMULA:

Succinil - SULFADIAZINA di-sódica ... 0,111 g
Succinil - SULFAMERAZINA di-sódica ... 0,109 g
Succinil - SULFAMETAZINA di-sódica ... 0,106 g
Água destilada q. s. p. 1,0 cm³

INDICAÇÕES:

Infecções causadas por: Neumococos, Meningococos, Gonococos, Estafilococos, Pulmonia Kl, influência H, e como coadjuvante nas infecções mistas ou de etiologia duvidosa.

VANTAGENS TERAPÉUTICAS DO "SULFADEX-GÔTAS"

- 1.^a) Três "sulfas" combinadas em solução aquosa limpida e praticamente NEUTRA; primeiro produto NO MUNDO no gênero.
- 2.^a) Alta concentração (21 % de Sulfonamidas puras).
- 3.^a) Fácil administração, momente em pediatria.
- 4.^a) Sabor corrigível (administrada com água açucarada, laranjada).
- 5.^a) Dosagem exata mesmo em pequenas frações.
- 6.^a) Toxidez baixíssima.
- 7.^a) Cristaluria renal enormemente pequena.
- 8.^a) Obstrução renal nula.
- 9.^a) Evita reações alérgicas.
- 10.^a) Derivados sulfonamidos sintetizados em nossos laboratórios sob controle absoluto.

MODOS DE USAR

CRIANÇAS:

Dar na primeira administração 3 gôtulas por quilo de peso da criança, da segunda administração em diante dar 9 gôtulas cada 24 horas, por quilo de peso, divididas em 6 doses, isto é, uma cada 4 horas.

Quilos de peso da criança	Dose inicial 1. ^a administração	Dose normal 2. ^a administração em diante	Quantidade de sulfonamida em 24 horas
4	12 gôtulas	6 gôtulas	0,378 g
6	18 ..	9 ..	0,567 g
8	24 ..	12 ..	0,756 g
10	30 ..	15 ..	0,945 g
12	36 ..	18 ..	1,134 g
20	60 ..	30 ..	1,890 g

ADULTOS:

Dose inicial: 6 cm³ (mais ou menos 3 conta-gôtulas cheios).

Dose normal: 3 cm³, cada 4 horas, até a cessação da febre.

★

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.

Rua Maria Paula, 136 — Telefone 33-4263 — São Paulo, Brasil

PREVINE AS LESÕES DA CÉLULA HEPÁTICA

- por infiltração gordurosa
- por substâncias tóxicas
- por carência alimentar

3 a 9 comprimidos por dia.

CHOLIMETIOL

Cada comprimido contém:

1. - FATORES LIPOTRÓPICOS

<i>Metionina.....</i>	<i>0,20 g</i>
<i>Colina</i>	<i>0,20 g</i>
<i>Vit. B₂</i>	<i>5me g</i>

**2. - FATOR ANTINECRÓTICO E ANTITÓXICO
ALFA-TOCOFEROL (Vit. E) 0,003 g.**

Vitamin E, or alpha tocopherol, another fat-soluble vitamin, has an important role in the nutritional production of hepatic necrosis (Chapter 40). Klatskin and K...
See

292

DISEASES OF THE LIVER

THE ROLE OF VITAMINS IN HEPATIC INJURY and pa-
Tocopherol/ Thus, tocopherol deficiency has been found to be an important factor in dietary hepatic disease of necrosis. The other curious fact is that such agents divergent chemicals as tocopherol and methionine should have a similar effect on hepatic before necrosis. Thus, an animal on a methionine im- (cystine) deficient diet may be protected by *etc.* tocopherol or vice-versa. Tocopherol, like, liver

3. - SUBSTÂNCIAS QUE CORRIGEM A TENDÊNCIA HEMORRÁGICA NAS DOENÇAS HEPÁTICAS.

<i>Rutina.....</i>	<i>0,015 g</i>
<i>Vit. K.....</i>	<i>0,0005 g</i>



LABORATÓRIOS ENILA S. A.
RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO DE JANEIRO

Filial: rua Marquês de Itá, 202 — São Paulo



RESERGIN

proporciona:

- 1 — abaixamento gradual e prolongado da pressão arterial.
- 2 — rápido e total alívio dos sintomas subjetivos.
- 3 — sedação suave e segura, sem sonolência.
- 4 — nenhum perigo de choque.
- 5 — ausência completa de reações indesejáveis.
- 6 — facilidade de dosagens.

LABORTERAPICA S. A.

Indústria Química e Farmacêutica
Rua Carlos Gomes, 924 - Sto. Amaro (S. Paulo)

ANAIS PAULISTAS
DE
MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

VOL. LXXI

JANEIRO DE 1956

N.º 1

Sinfisiotomia em cabeça derradeira

Dr. J. DIRCEU DE ANDRADE

(Juiz de Fora)

Não era minha intenção voltar a falar, sobretudo em Congressos, sobre este tema, pelo qual muito tenho me batido e por isso mesmo sofrido a mais acerba crítica de quasi todos os especialistas nacionais. Mas a satisfação íntima que me tem proporcionado esta intervenção animou-me, ainda uma vez, a incitar aqueles que nunca a praticaram e ouvir a palavra abalizada dos que possuem mais experiência do que eu.

Quero me referir à sinfisiotomia de Zárate.

Já tendo praticado esta intervenção 68 vezes, sinto-me capacitado para dela falar com conhecimento e é com satisfação que o digo, nem uma vez me arrependi de te-la indicado.

Vou tratar hoje de uma indicação bastante discutida, até pelo próprio Zárate que, ao envez de fazê-la extemporânea, prefere praticá-la profilaticamente.

Já em 1924 o Prof. Brindeau aconselhava a sinfisiotomia em cabeça derradeira, logo que falhasse a manobra de Champetier de Ribes. Publica 2 casos no Bulletin de la Société D'Obstétrique et de Gynécologie. Ano 1924, n.º 7.

Ainda outra razão me animou a publicar esta observação.

Knight e Ó'Connell de Sloane Hospital for Women de New York, publicam um artigo com o título "A Ten-year Analysis of Breech Deliveries, 1939-1948, no qual, dos 12 fetos a termo, nascidos em apresentação de nádegas, nati-mortos ou neo-mortos, de mães com bacia normais, 11 foram submetidos a autópsia. Sómente um não tinha lesões intra-cranianas.

Todos os demais eram portadores de uma ou mais lesões cerebrais.

Em 9 deles foram encontradas ruturas da tenda do cerebelo. (American Journal of Gyn. and Obst. n.º de Novembro de 1952).

O B S E R V A Ç Ã O

M. R. P., branca, casada, com 29 anos de idade, residente em Juiz de Fóra, secundipara, brevilínea.

BE-20. BC-24. SPE-16. CD-10,5.

Estreitamento uniforme de 1.º grau.

Antecedentes obstétricos.

Ha 2 anos, após gestação normal, sem nenhum exame pre-natal, estava já em trabalho de parto ha 14 horas quando mandou chamar um médico das visinhanças.

Este aplicou o fórceps e após grande esforço conseguiu extraír um feto vivo que faleceu 2 horas depois.

Gestação atual.

Última menstruação em 10 de agosto de 1952. Passou bem durante toda a gestação, não procurando o serviço médico, embora tendo-o gratuito no I. A. P. B.

Ainda desta vez pretendia ficar em casa durante o parto, mas após 3 horas em trabalho, apareceu na vulva um pé do feto, o qual alarmou a curiosa que a assistia.

Foi removida para a Maternidade Terezinha de Jesus às 8 horas de 11 de Maio do corrente ano, sendo logo depois examinada por mim.

Pulso 90. — Temperatura 36,8. — Pressão Mx II Mn 6.

Estado geral, bom, embora nervosa e alarmada com a possibilidade de novamente perder o filho.

Apresentação de nádegas com o pé direito aflorando a vulva acompanhado de uma alça do cordão, ainda com os batimentos normais. Colo completamente dilatado. Tratando-se de uma distócia perigosa para o feto resolvi agir com presteza. Mandei juntar ao material habitualmente empregado para os partos de nádegas, um bisturi que sempre uso para sinfisiotomias. Aliás isto já se tornou um hábito em meu hospital. Anestesia venosa pelo evipan, Igr.

Grande extração podálica, saída com relativa facilidade os membros e tronco. Entretanto, a cabeça ficou presa no estreito superior, resistindo às diversas manobras tentadas.

Estava o feto em grande sofrimento quando resolvi pela sinfisiotomia. Esta foi praticada, como habitualmente faço, em mais ou menos 1 minuto.

Uma leveira tração pelos pés completou a descida e o desprendimento da cabeça.

Feto em síncope respiratória, com batimento cardíaco muito lento. Respiração artificial, oxigênio e lobelina venosa. Em poucos minutos normalizou-se o ritmo respiratório e cardíaco. Peso do feto — 3.050 grs.

A fase puerperal foi inteiramente apirética e silenciosa. Apenas administrei 1.200.000 u. de penicilina.

No 8.º dia levantou-se e no 10º caminhou pelo hospital, descendo escadas. Nesse dia foram tomadas as presentes fotografias.

Assemelhando-se a este possuo mais 3 casos, perdendo entre-tanto um feto que não foi possível reanimar, apesar de ter nascido com batimentos cardíacos perceptíveis.

Considerando-se que é a cabeça derradeira, presa no estreito superior, a principal causa da elevada mortalidade e morbilidade fetal nos partos em apresentação pélvica, uma intervenção que corrija essa anomalia, sem prejuízo para o organismo materno, não pode ser negligenciada pelo parteiro. tantas vêzes em face desse magno e emocionante problema. Digo emocionante porque tantas vêzes já o senti.

A nossa responsabilidade chama-nos à razão quando nos sentimos impossibilitados de salvar aquela vida, presa por um fio a um pequeno detalhe de técnica.

Depois de falhas tôdas as manobras e ainda o feto vive, resta uma única, delicada porém simples, inócuia quando praticada com técnica e brilhante porque só ela salva esta vida : a sinfisiotomia.

Quem não tem a felicidade de conhecer a técnica da sinfisiotomia parcial de Zárate passará por grandes emoções ao assistir partos em apresentação de nádegas e não raras vêzes se decepcionará, após ingente esforço, com a morte do feto.

Esta indicação precisa e única da sinfisiotomia faz-me lembrar e ressaltar a declaração de Manoel Rodriguez Lopez no Congresso de Montevideó em 1949 : esta intervenção "debe figurar en la preparacion tocúrgica de todo especialista integral que se precie de dominar el arte obstétrico."

* * *

A aversão que os nossos obstétras tem pela sinfisiotomia é injustificada. E' uma intervenção racional, perfeita e concludente. Racional porque é imitação da natureza.

A imbição gravídica da síntese tem por finalidade facilitar a distenção ligamentar, aumentando durante o parto todos os diámetros do estreito superior.

A sinfisiotomia faz o mesmo papel, naturalmente em proporção bem mais acentuada, permitindo a passagem livre e natural do móvel. E tão racional é ela que basta um repouso relativo no leito, sem suturas e aparelhagens, para a natureza operar o "reconstitutio ad integrum" da região.

E' uma intervenção perfeita e concludente porque quando bem indicada e executada dá plena satisfação ao obstétra, salvando, com uma simplicidade que ele próprio admira, este feto já às portas da morte.

Sí os colegas do Sloane Hospital praticassem esta intervenção não teriam perdido os 12 fetos referidos no citado trabalho.

A dificuldade do resultado terapêutico integral da

AMEBIASE

decorre do fato, hoje estabelecido, de que a Endamoeba histolytica é eminentemente tissular, visto existir em comensalismo na luz intestinal e em atividade cítolítica e necrosante na intimidade dos tecidos entéricos e extra-entéricos do figado e vias biliares, cérebro e pulmões, trato uro-genital, colo e corpo do útero, pele e mucosas, articulações.

É lógico, portanto, que sómente será obtida a terapêutica integral da

AMEBIASE HISTOLITICA

por intermédio de um amebicida dotado de:

- ação antamebiana intestinal e extra-intestinal,
- porém suficientemente atóxico para permitir administração durante o prazo necessário à erradicação geral de todos os focos orgânicos da E. histolytica.

RESOCOMBIN

sintetizado na Alemanha, constitui a maior conquista terapêutica de após-guerra.

- É o único amebicida de ação entérica e extra-entérica rigorosamente atóxico e isento de arsênico, bismuto ou outros componentes tóxicos.
- Permite tratamento durante o tempo necessário à erradicação total dos focos de E. histolytica.



LABORATÓRIO CORTI DO BRASIL

Rua Madre Cabrini, 328 — Tel.: 7-1131 — S. Paulo

Filiais

Rio de Janeiro — Porto Alegre — Belo Horizonte — Goiânia —
Londrina — Recife

Tipos das “lingüetas pancreáticas” relacionadas com o ducto colédoco em indivíduos negros e brancos

Dr. TRIESTE SMANIO

(Cirurgião do Sanatório Santa Catarina)

Pelo que se preceende da literatura consultada não há perfeito acôrdo quanto à denominação e extensão dos diversos segmentos em que se divide o ducto colédoco. Todos os AA. porém, são concordes em citar uma porção relacionada com a cabeça do pâncreas, chamando-a retro-pancreática, intra-pancreática, tras-pancreática ou simplesmente pancreática.

As íntimas conexões anatômicas do ducto colédoco com a face posterior da cabeça do pâncreas são de grande importância prática, e os que se ocuparam do assunto descreveram as relações recíprocas, da via bilifera com a glândula, admitindo desde o tipo mais simples em que o ducto se encontrava justaposto à sua superfície, apenas em contato com ela recoberto por tecido conjuntivo frouxo e pela lámina de coalescência duodeno-pancreática, até o tipo mais complicado, no qual haveria um canal completamente fechado por tecido pancreático, sobre cuja constituição não há perfeito acôrdo, e que no entanto é de grande significação do ponto de vista cirúrgico. De fato os primeiros AA. que se ocuparam do assunto admitiram a existência de um verdadeiro túnel de tecido pancreático pelo qual passaria o d. colédoco. Pesquisas feitas posteriormente, trouxeram novos conhecimentos e mostraram que não havia realmente um túnel inteiramente glandular mas um prolongamento laminar da cabeça do pâncreas, glandular, de espessura e tamanho variáveis, recobrindo parcial ou totalmente o segmento pancreático do d. colédoco e cuja borda livre se apresentava aderida à parte superior e posterior da cabeça do pâncreas deixando aí contudo, um plano de clivagem preenchido por tecido conjuntivo, o qual dava perfeito acesso à via bilifera. Deste fato resultou maior interesse no conhecimento desse prolongamento da cabeça pancreática de comprimento e altura variáveis muito bem estudada por pesquisadores nacionais e estrangeiros que já em 1898 LETULLE e NATHAN LARRIER chamavam de “lingüeta pancreática”.

O objetivo deste trabalho que foi orientado pelo Prof. Odorico Machado de Sousa, é mostrar em material do nosso meio a freqüência e as modalidades da lingüeta pancreática nos negros e brancos de ambos os sexos.

LITERATURA

A pesquisa bibliográfica referente à questão foi muito facilitada pela lista existente na tese de DEGNI (1945), à qual acrescentamos mais alguns AA. que fizeram pesquisas anatômicas sobre as relações colédoco-pancreáticas.

Wyss (1866) cita dois grupos de pesquisadores que se referiram às relações do d. colédoco com o pâncreas: 1.^o grupo: — KRAUSE, WERBER e LUSCHKA admitindo que o d. colédoco antes de transpor a parede duodenal atravessava a cabeça do pâncreas. 2.^o grupo: — MEYER, HIRTL, DURZY e HELLY que nada mencionavam a este respeito. Wyss por sua vez em 22 peças encontrou 5 vezes o d. colédoco atravessando a cabeça do pâncreas.

HELLY (1898) observou, aproximadamente, 70 casos 40 dos quais descreveu com minúcias, tomando medidas precisas. Notou que o duto colédoco se relacionava sempre com o pâncreas numa extensão de 2 a 7 cm, distinguindo 5 diferentes tipos.

1.^o) o d. colédoco encontrava-se numa goteira superficial da cabeça do pâncreas com a qual se achava em conexão por meio de tecido conjuntivo denso; a goteira tinha 3 a 5 cm de comprimento (9 casos).

2.^o) o d. colédoco encontrava-se numa goteira lateral à cabeça do pâncreas, transformada em canal pelas conexões duodeno-pancreáticas. A goteira tinha 0,5 cm. de comprimento (6 casos).

3.^o) o d. colédoco encontrava-se a princípio numa goteira da cabeça do pâncreas a qual mais adiante fechava-se em canal pela superposição de delgados lóbulos pancreáticos. A goteira tinha 0,5 a 2,5 cm de extensão e o canal de 1,5 cm (11 casos).

4.^o) o duto colédoco encontrava-se a princípio numa goteira e depois num canal da cabeça do pâncreas que se transformava novamente em goteira. O comprimento da goteira era de 0,5 a 2,5 cm na 1.^a porção e de 1 a 3 cm na 2.^a e do canal de 0,5 a 2,5 cm (7 casos).

5.^o) todo o segmento terminal do d. colédoco achava-se num canal da cabeça do pâncreas numa profundidade variável e com o comprimento de 2 a 4 cm (7 casos).

Dos casos restantes o A. não fez referências especiais afirmendo, porém, que a estatística apresentada não deveria ser considerada expressão exata da freqüência dos diferentes tipos, mostrando, contudo de um modo convincente a relação íntima entre a via



emincjum

EMICILINA

LEPETIT

UMA ASSOCIAÇÃO ANTIBIÓTICA-QUIMIOTERÁPICA, ABSOLUTAMENTE ORIGINAL QUE POSSIBILITA UMA TERAPÉUTICA ANTI-INFECIOSA DE VASTO CAMPO DE AÇÃO.

EMICILINA LEPETIT representa um novo recurso antibiótico-quimioterápico para proporcionar uma ação sinérgica de penicilina-estreptomicina-dihidroestrep-tomicina, mais o p-aminometilbenzensulfonamida.

Aos conhecidos espectros terapêuticos da penicilina e estreptomicina, na EMICILINA une-se o da homosulfamida, o quimioterápico de eleição contra os germens anaeróbios.

A ação simultânea dos cinco medicamentos determina uma potencialização dos seus efeitos terapêuticos.

Pelo que se refere à toxicidade, a EMICILINA contendo estreptomicina e dihidroestrep-tomicina em partes iguais, adapta-se aos mais recentes conceitos sobre a terapêutica da estreptomicina, permitindo diminuir a incidência de fenômenos tóxicos sobre os aparelhos vestibular e auricular.

A presença na EMICILINA da penicilina G potássica e da penicilina G procaina, possibilita um duplo efeito terapêutico sendo, uma de rápida absorção e a outra lentamente absorvida, devido a suspensão microcristalina, permitindo assim a manutenção de níveis terapêuticos nas 24 horas.

EMICILINA é facilmente solúvel, não causa dôres locais, atuando imediatamente. EMICILINA moderna e segura na terapêutica dos processos infecciosos de toda a natureza, destaca-se entre as demais combinações semelhantes:

- por sua fórmula de absoluta originalidade.
- pelo seu maior espectro de atividade antibiótica.
- por sua perfeita tolerância.

Administra-se por via intramuscular, dissolvendo o pó estéril em 3 cc. de água ou, em solução isotônica esterilizada, na razão de um a dois frasco-ampolas diárias em uma ou duas injeções.

Indicações

Infecções agudas produzidas por anaeróbios e infecções mixtas, abcessos pulmonares, bronquite, pneumonia e bronco-pneumonia, gangrena pulmonar, bronectasia.

Composição

Penicilina G Potássica	200.000 U. I.
Penicilina G Procaina	300.000 U. I.
Estreptomicina (como sulfato)	0,25 grs.
Dihidroestrep-tomicina (como sulfato)	0,25 grs.
Emilene (p-aminometilbenzensulfonamida) cloridrato	0,25 grs.

Apresentação

Frasco-ampola de pó estéril com 1 ampola de 5 cc. de solução fisiológica estéril aapirogena.

Doses

1-2 frasco-ampolas ao dia por via intramuscular.

LABORATÓRIOS



LEPETIT S. A.

bilífera e o pâncreas. Lembrou ainda que geralmente era o ducto colédoco que entrava em contacto com o pâncreas, porém nos casos em que a confluência do d. cístico e do d. hepático comum era muito caudal, estes dois ductos poderiam se encontrar na região pancreática.

LETULLE e NATHAN-LARRIER (1898) estudaram as relações do d. colédoco com o pâncreas em 19 dos 21 casos dissecados. Em 8 casos o d. colédoco se encravava na cabeça do pâncreas. Encontraram no mais das vezes, uma simples lingüeta ou alguns lóbulos pancreáticos entre o duodeno e o d. colédoco. O encravamento se fazia, numa profundidade de 2 a 3 cm no máximo. Em 11 casos o ducto encontrava-se frouxamente preso pela sua face anterior ao duodeno, e de um modo mais firme, pela face posterior à cabeça do pâncreas. Fizeram medidas do calibre do d. colédoco afirmando que este se reduzia, gradativamente, à medida que se aproximava da parede duodenal.

WIART (1899) afirmou que em regra existia uma goteira pancreática onde se alojava o d. colédoco, cuja porção distal se aprofundava. Podia mesmo acontecer que o lábio interno da goteira recobrisse quase completamente a face posterior do ducto, de modo que parecesse intra-pancreático. Com sonda canelada afastava o lábio interno e descobria o d. colédoco sem cortar tecido glandular. Em 10 casos encontrou 3 nos quais o d. colédoco no seu centímetro distal era contido num verdadeiro túnel pancreático. Verificou que o ducto aderia muito pouco às paredes da goteira sendo facilmente libertado. Denominou de retro-pancreática a esta porção do d. colédoco e de parieto-duodenal ao segmento contido na espessura da parede da 2.^a porção do duodeno.

BÜNGNER (1903) examinou 58 cadáveres de adultos, cujas idades variavam entre 23 a 81 anos, sendo 52 do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Verificou que em 55 casos o d. colédoco atravessa a substância pancreática obliquamente numa extensão de 2 cm (máximo 4-5 cm e mínimo 8 mm), e, em 3 casos passava ao lado da cabeça do pâncreas (2 vezes "duodenal" e 1 vez dorsalmente).

O segmento do colédoco no interior da pâncreas estava coberto na metade do seu trajeto por uma camada de tecido pancreático de 0,5 cm de espessura, em média (máximo 2 cm e mínimo 2 mm) e tão firmemente incluído que não podia ser dissecado com instrumentos rombos.

O autor estabeleceu que em 95% dos seus casos o d. colédoco antes de entrar no duodeno atravessava a substância pancreática e em 5% dos casos passava ao lado da cabeça da glândula.

PADULA (1903) descrevendo o trajeto do d. colédoco afirmou que este se colocava entre o duodeno e a cabeça do pâncreas até se encontrar com o d. pancreático com o qual por alguns milímetros fazia caminho comum.

Não raramente o d. colédoco em vez de correr entre o duodeno e a cabeça do pâncreas escavava-nesta uma verdadeira goteira.

Outras vezes, a via bilífera percorria um canal através daquele órgão.

O A. que examinou 165 casos apresentou uma figura esquemática, feita em corte onde se vê o d. colédoco e os 3 tipos de relação na passagem entre pâncreas e duodeno. Não deu a frequência dos tipos encontrados.

ROBINSON (1907) fez 42 observações afirmando que o d. colédoco encontrava-se incluso no tecido pancreático numa extensão de $\frac{3}{4}$ de polegada. Em 90% dos casos ou mais o ducto colédoco atravessa a cabeça do pâncreas, obliquamente, circundado por tecido pancreático tornando difícil a sua libertação por dissecção romba. Denominou esta porção, de segmento intra-pancreático de d. colédoco.

RUGE (1908) estudou 43 peças e verificou que o d. colédoco encontrava-se na face posterior da cabeça do pâncreas em 2 casos; numa goteira superficial desta face em 4 casos; numa goteira profunda, de difícil dissecção em 5 casos; encontrava-se em pleno tecido pancreático em 32 casos. Salientou a dificuldade do acesso a essa porção do d. colédoco, devido às disposições anatômicas descritas e também pelo problema da hemostasia bem como o perigo de lesar o d. pancreático.

BALDWIN (1911) quanto às relações do ducto colédoco com o pâncreas escreveu: o d. colédoco caminha, invariavelmente, no sentido caudal, para a 2.^a porção do duodeno, dorsal à cabeça do pâncreas, permanecendo num sulco muito superficial. Em 80% dos casos o tecido pancreático circundava completamente o ducto numa extensão de 0,5 a 5,0 cm. Em 5% dos casos o ducto recebia um revestimento parcial sem ser completamente englobado pôr tecido glandular, enquanto os restantes 15% dos casos o d. bilífero encontrava-se num sulco mas não era coberto pelo tecido pancreático. (O A. não se referiu ao n.^o de dissecções feitas).

BELOU (1915) examinou 35 casos e concluiu que o d. colédoco situa-se em 14 casos (40%) num sulco ou corrediça; em 12 casos (34%) num túnel incompleto, o qual era mais espesso na porção próxima ao segmento parietal que na porção contígua à retro-duodenal. Na parte superior existia um sulco ou corrediça, e na parte inferior o ducto tornava-se intra-pancreático. Em 2 casos parecia tratar-se de túnel completo, escreveu o autor, mas bastou tocar com uma sonda o tecido pancreático para entreabrirem-se os 2 lábios da corrediça glandular, adoçados mas não fundidos por trás do ducto. Túnel completo em 9 casos 26%. A espessura do tecido pancreático atrás do ducto era maior na porção próxima ao segmento intra-parietal que na porção contígua à retro-duodenal.

MAEDA (1924) em 60 casos examinados apenas em 1 observou o d. colédoco retro-pancreático, sem tecido pancreático recobrindo-o.

CAMERON (1924) estudou 100 peças e quanto às relações do d. colédoco com o pâncreas escreveu que em 69% dos casos o d. bilífero comum encontrava-se no interior da cabeça do pâncreas circundado por tecido pancreático. Em 31% dos casos o d. colédoco situava-se na superfície posterior da glândula num sulco fibroso penetrando no pâncreas sómente na sua porção terminal. Fez comparações de seus achados com os de outros AA.

FUCHS (1926) examinou 50 cadáveres de adultos, por meio de dissecção simples e cortes de congelação.

Considerou a existência de 4 tipos principais e subordinou aos mesmos as formas de transição.

1.º tipo — o ducto colédoco era oblíquo com trajeto em ligeiro S encontrando-se num sulco raso diretamente aplicado à substância pancreática. Encontrou esta disposição, aproximadamente, na quarta parte do seu material.

2.º tipo — quando havia uma camada de tecido pancreático de 3 a 5 mm de espessura, cobrindo a face dorsal do ducto colédoco até a parede posterior do duodeno.

3.º tipo — as variantes do tipo anterior o A. considerou um grupo a parte. Assim por exemplo os casos em que o d. colédoco encontrava-se recoberto em tóda sua extensão menos numa pequena porção justaduodenal. Outras vezes formava-se uma verdadeira goteira cobrindo a metade ou 3/4 da circunferência do ducto.

Como variante ainda descreveu casos em que o canal completo era formado à custa de 2 lábios de substância glandular que se reuniam na face dorsal do d. colédoco por meio de tecido conjuntivo frrouxo.

4.º tipo — neste grupo foram reunidos os casos em que a via bilífera perfurava, axialmente, a cabeça do pâncreas, sendo cercada por todos os lados por uma camada de parênquima de, mais ou menos 1 cm de espessura. O A. nestes casos não conseguiu encontrar um planº de clivagem.

YAMAGUCHY (1930) examinou 149 casos com os seguintes achados:

1.º) Em 120 casos encontrou a porção pancreática do d. colédoco envolvida pela substância pancreática. Estabeleceu dois sub-grupos :

a) tóda a porção pancreática do ducto era envolvida (68 casos).

b) a maior parte ou apenas numa pequena extensão dava-se o envolvimento (52 casos). Nestes a extremidade distal era mais freqüentemente coberta, podendo ser, também, a média ou a proximal.

2.º) Em 18 casos, a metade interna da face posterior do d. colédoco ou apenas a margem interna dessa face era coberta.

3.º) Em 2 casos a face posterior do d. colédoco estava totalmente descoberta.

NUBOER (1931) descrevendo as vias bilíferas extra-hepáticas salientou que o d. colédoco na sua parte média entrava em íntimo contacto com o pâncreas. Do total de 75 casos, verificou que o d. colédoco encontrava-se num túnel de tecido pancreático em 50 casos (66,7%). A parte da glândula posterior ao d. colédoco era menos espessa que a parte anterior. Em 20 casos (26,7%) o ducto situava-se numa goteira profunda na face posterior da cabeça do pâncreas. Nesses casos, quase sempre, uma pequena parte do d. colédoco, logo acima do duodeno se encontrava completamente envolta por tecido pancreático. Em 2 casos (2,7%) o d. colédoco encontrava-se numa goteira, mas, coberto na sua face posterior por uma pequena camada de tecido pancreático. Em 2 casos (2,7%) o d. colédoco encontrava-se numa goteira, porém, na face anterior da cabeça do pâncreas. Em 1 caso (1,3%) o d. colédoco encontrava-se ao longo do pâncreas, e era envolvido pela glândula na sua porção terminal.

CHLYVITCH e KOZINTZEV (1937) em 100 pâncreas dissecados, encontraram 47 casos de pretenso canal glandular envolvendo o d. colédoco retro-pancreático, em toda sua extensão ou sómente no seu segmento distal. A goteira pancreática que alojava o d. colédoco era, no mais das vezes fechada posteriormente por gânglios linfáticos. Afirmaram os AA. que quando não se conhece a natureza do tecido que fecha, posteriormente, a goteira pancreática, admite-se a existência de canal glandular e as cifras de freqüência aumentam aproximando-se dos dados fornecidos pelos autores ingleses ou alemães. Quanto ao plano de clivagem admitiram a existência de tecido celular frouxo indicando na face posterior do pâncreas a oblíquidade do duto colédoco retro-pancreático, o qual estaria mais freqüentemente em relação com a borda direita do d. colédoco, e raramente correspondia ao meio da face posterior do duto. Em 1 caso observaram que correspondia à face anterior do d. colédoco. O plano de clivagem às vezes apresentava bridas transversais formadas por tecido conjuntivo, resistentes, que se opunham ao afastamento das margens do pretenso canal glandular. Afirmaram finalmente que do ponto de vista anatômico não existia canal verdadeiro na porção distal do d. colédoco. Parece-nos que êstes AA. foram os primeiros a chamar a atenção explicitamente para o fato de ser o d. colédoco, a rigor, só aparentemente intra-pancreático.

NÄÄTÄEN (1941) fez 100 dissecções em peças provenientes de indivíduos autopsiados, sendo 49 do sexo feminino e 51 do sexo masculino, dividindo seus achados em 3 grupos:

1.º) o d. colédoco encontrava-se na superfície dorsal da cabeça do pâncreas, numa fenda, recoberta por tecido conjuntivo. (53% dos casos).

2.º) o d. colédoco encontrava-se na superfície dorsal da cabeça do pâncreas recoberto por uma lingüeta pancreática (34% dos casos). Esta recobria o duto numa extensão de 5 a 50 mm e tinha no seu ponto de maior desenvolvimento 2 a 5 mm de espessura.

3.º) o d. colédoco encontrava-se num túnel de tecido pancreático em 12% dos casos, cujo comprimento variava de 30 a 60 mm, e se achava próximo à superfície dorsal do pâncreas.

O A. observou 1 caso em que o ducto encontrava-se na superfície ventral da cabeça do pâncreas; chamou a atenção para a raridade deste tipo e descreveu-o com detalhes.

FINOCHIETTO (1942) analisou neste seu trabalho 100 casos dissecando-os tanto quanto possível em condições cirúrgicas.

O seu resultado com referência às relações entre o d. colédoco e a cabeça do pâncreas foram as seguintes:

1.º grupo — 11 casos. Em 5 destes, o d. colédoco apresentava sua face anterior justaposta a uma goteira e sua face posterior cruzada por vasos sanguíneos e seus ramos. Não havia lingüetas pancreáticas.

Em 2 casos, o ducto apresentava-se completamente superficial, recoberto pela lámina de Treitz e vasos pancreáticos-duodenais.

Em 4 casos o d. colédoco alongava-se num túnel pouco profundo, estando sua face posterior recoberta pela lámina de Treitz, menos em pequena extensão, onde havia delicada lingüeta pancreática que recobria pequena porção do ducto.

2.º grupo — 15 casos. Nestes, uma vez desprendida a fascia de Treitz o d. colédoco permanecia invisível. Em 3 casos, a dissecação mostrou que o ducto percorria um canal muito profundo, que dava a impressão de um completo túnel pancreático. Introduzindo a sonda de Béniqué por uma abertura do segmento retro-duodenal do ducto, e apalpando-o através da face posterior do pâncreas verificou a existência de uma série de tratos conjuntivos e pequenos vasos que passavam em forma de ponte sobre o ducto. Para isolá-lo bastava tirar esta lámina célio-vascular e separar a lingüeta.

Em 7 dissecções o d. colédoco parecia completamente coberto por tecido glandular, sem que a sonda de Béniqué introduzida pelo orifício supra-duodenal revelasse, à primeira vista, interstício algum. Na borda côncava da 2.ª porção do duodeno dissecava e seccionava 4 ou 5 ramos vasculares, pancreático-duodenais, no momento de passarem de um órgão a outro, e com leve pressão manual a face posterior da cabeça do pâncreas abria-se mostrando o d. colédoco; a união dos lábios era feita por tecido celular frioso e, em alguns casos, por pequenos vasos. O d. colédoco aparecia rodeado por uma malha conjuntiva rica em vasos. Na parte superior, os lábios do sulco pancreático, terminavam no ângulo duodenal, onde cruzavam os vasos pancreático-duodenais superiores e se encontrava geralmente um gânglio linfático. Na parte inferior os lábios cobriam a porção supra-ampular do d. colédoco, rodeado por tecido conjuntivo denso, numerosos vasos, e a desembocadura do ducto de Wirsung. Não descreveu os 5 casos restantes deste grupo que considerou mais adiante.

3.º grupo — 74 casos nos quais a dissecção revelou um aspecto que o autor chamou “típico”: isolado o duodeno-pâncreas e separada a lámina de Treitz encontrou na porção cefálica um gânglio linfático coledociano e por baixo dêle os vasos pancreático-duodenais superiores. Separados e seccionados os troncos pancreático-duodenais superiores era possível separar a lingüeta, com o que evidenciava uma boa porção do colédoco, coberto por uma camada de tecido céluo-vascular. Insinuando uma pinça ao longo da face posterior do colédoco e abrindo seus ramos evidenciava todo o colédoco pancreático ficando coberto, apenas, a porção supra ampular por uma condensação da camada céluo-vascular.

Afirmou o A. que nesta série de 100 casos sómente em 5 encontrou tecido pancreático visível à simples vista, passando em ponte contínua por trás da face posterior do colédoco. São 5 os casos restantes de 2.º grupo.

Para o anatomista, salientou o autor, o d. colédoco percorre uma depressão da face posterior em 11% dos casos e um canal em 89%.

Para o cirurgião os casos de canal podiam ser facilmente transformados em sulco, com simples ligadura e secção dos vasos pancreáticos entre os quais se encontraria o d. colédoco, sem seccionar a menor porção de glândula. Em 5% teria sido necessário cortar o parênquima, porém numa espessura desresível.

LEIVA (1943) salientou que o d. colédoco cruzava a face posterior da cabeça do pâncreas obliquamente de cima para baixo e da esquerda a direita, percorrendo um canal ou túnel parcial ou totalmente rodeado por tecido glandular. Em 100 observações verificou a existência de canal em 36; em 56 observou a formação de túnel; em 8 casos verificou canal na 1.ª metade e túnel na 2.ª metade do trajeto retro-pancreático do ducto colédoco.

NOGUEIRA (1944) examinou 31 cadáveres de adultos, não fixados, de diferentes nacionalidades, com predominância de brasileiros, de cor preta ou parda, observando que a glândula pancreática abraçava o d. colédoco em 26 dos 31 casos, à custa de 2 lingüetas das quais a esquerda era quase sempre a mais desenvolvida.

Em 19 destes casos a aproximação das lingüetas se fazia na borda direita do d. colédoco e praticamente só a lingüeta esquerda recobria a face posterior do ducto.

Em 7 outros casos a aproximação das lingüetas se fazia na face posterior do d. colédoco sendo este portanto, recoberto pelas duas lingüetas.

Em 5 casos o d. colédoco foi encontrado ao longo de um simples sulco, isto é, não havia lingüetas e o ducto fôra atingido pela secção da fascia de Treitz; num destes casos o sulco encontrava-se ao longo da borda lateral da cabeça do pâncreas junto ao duodeno.

O A. não observou nenhum caso de canal verdadeiro, e não encontrou a junção das lingüetas na borda esquerda do d. colédoco ou na face anterior.

Afirmou que em 16% dos seus casos o d. colédoco, retro-pancreático não estava envolvido por parênquima pancreático.

Nos casos restantes, 84%, a porção pancreática do d. colédoco achava-se envolvida numa goteira de tecido pancreático apresentando um plano de clivagem que tornava praticável depois da mobilização duodeno-pancreática, a exposição do d. colédoco sem lesar a parênquima glandular.

DEGNI (1945) no capítulo referente ao comprimento do segmento pancreático do d. colédoco salientou que para efeito de mensurações considerava nêle, com devidas ressalvas, duas porções: a retro-pancreática e a "intra" pancreática aparentemente. Na variedade intra-pancreática admitiu duas possibilidades resultantes das relações do d. colédoco com as lingüetas pancreáticas, denominadas de túnel completo e incompleto. Na 1.^a eventualidade as lingüetas recobriam completamente o d. colédoco por trás com exceção da lámina correspondente ao plano de clivagem. No segundo caso, o segmento intra-pancreático do d. colédoco era recoberto, incompletamente, pelas lingüetas pancreáticas. Salientou o autor ainda outra disposição quando o ducto se encontrava entre a margem duodenal da cabeça do pâncreas e o duodeno, denominada inter-pancreático-duodenal.

Verificou as seguintes variações em 55 casos observados a este respeito. A — 31 casos (86,4%) nos quais o d. colédoco era em parte "intra"-pancreático e em parte retro-pancreático. B — 10 casos (18,2%) nos quais o d. colédoco era em tôda sua extensão intra-pancreático formando túnel incompleto em 4 casos e túnel completo 6 casos. C — 7 casos (12,7%) nos quais o d. colédoco era totalmente retro-pancreático. D — 4 casos (7,2%) nos quais o d. colédoco era predominante ou totalmente inter-pancreático-duodenal. E — 2 casos (3,6%) nos quais o d. colédoco era totalmente pré-pancreático. F — 1 caso (1,8%) no qual o d. colédoco era retro-pancreático (predominantemente) e inter-pancreático-duodenal.

No capítulo referente às conexões do d. colédoco (ou hepático) com o seu leito pancreático, estudou a presença do plano de clivagem que permitia acesso à via bilifera. Verificou que esta conexão se fazia por tecido conjuntivo frouxo, o qual unia também as lingüetas entre si ou a lingüeta ao pâncreas por trás do d. colédoco, constituindo o plano de clivagem.

O ducto era facilmente separável do seu leito em virtude da natureza do meio de união. Além do tecido conjuntivo frouxo encontrou vasos sanguíneos. Nos casos em que o d. colédoco era total ou parcialmente "intra"-pancreático, encontrou sempre o plano de clivagem que conduzia àquele canal. Logo era sempre aparente-

mente intra-pancreático, pois em todos os casos havia um septo conjuntivo indicando que o ducto não era realmente intra-glandular.

No capítulo referente às lingüetas pancreáticas retro-coledocianas, estudou 75 peças detalhadamente descrevendo-as, anotando a extensão do d. colédoco recoberto pelas eventuais lingüetas, apresentando o protocolo e as ilustrações de cada observação. Em 12 observações (16%) havia duas lingüetas, uma de base látero-caudal esquerda e outra de base látero-direita, em relação ao d. colédoco; esta última sempre menos desenvolvida do que a anterior com exceção de 1 caso, no qual a lingüeta de base látero-direita era mais desenvolvida em largura. Em 10 observações (13,3%) não havia lingüeta de modo que o d. colédoco era retro-pancreático ou pré-pancreático. Em 53 observações havia uma só lingüeta de base látero-caudal esquerda (70,7%). Portanto em 65 das 75 observações (86,6%) havia 1 ou 2 lingüetas recobrindo o segmento pancreático do d. colédoco apresentando um pretenso canal glandular. Estudou a seguir em 20 desses casos com minúcia a espessura e o comprimento das lingüetas.

FREITAS (1948) examinou 100 cadáveres sendo 64 do sexo masculino (28 brancos e 36 negros) e 36 do sexo feminino (10 brancos e 26 negros) para estudar o duodeno e suas relações com os órgãos vizinhos. Quanto ao d. colédoco, salientou: "O colédoco penetra no pâncreas, tem um trajeto variável em toda a extensão intra-pancreática e um desembocamento certo e único no duodeno. Em todos os cadáveres examinados, observámos que o colédoco desemboca sempre com os canais pancreáticos no ângulo reto formado pela extremidade inferior ou distal da segunda porção do duodeno com a extremidade próxima da terceira".

Num segundo trabalho (1950) reuniu às primeiras dissecções, mais 40 feitas em 28 cadáveres do sexo masculino (9 brancos e 19 negros) e 12 do sexo feminino (5 brancos e 7 negros), confirmando seus conceitos anteriores.

STERLING (1949) efetuou 80 dissecções e salientou que o ducto biliar comum quando atravessa o pâncreas freqüentemente se estreitava.

Em 16 de 49 casos (32,6%) a porção distal extraduodenal do ducto biliar comum era extra-pancreática. Em 15 casos (30,6%), o ducto era, totalmente, intra-pancreático e nos 18 casos restantes (36,8%) o ducto era, parcialmente, intra-pancreático.

BUSTOS (1951) refere-se a estudos feitos em 1922 em 54 cadáveres, (cujo original não pudemos obter).

Salientou que a disposição descrita nos livros clássicos não deveria ser considerada como a normal e nem sequer a mais comum.

Encontrou o d. colédoco num canal pancreático em 30% dos casos; em 18% o túnel era muito curto existindo sólamente perto da parede duodenal. Em 9% dos casos o d. colédoco, desembocava

muito alto, junto à 1.^a porção do duodeno, ou mesmo na 1.^a porção duodenal tocando tanjencialmente a cabeça do pâncreas. Em 45% dos casos a disposição portanto mais freqüente, escreve o A. é aquela que se poderia chamar interpancreática duodenal, na qual o d. colédoco percorre o ângulo diedro, formado pela cabeça do pâncreas e o duodeno.

Considerando em conjunto, afirmou que em 84% dos casos o d. colédoco não se apresentava recoberto por tecido pancreático.

Afirmou também que o ponto de terminação do d. colédoco no duodeno com ou sem ampola de Vater era bastante variável. Além da desembocadura mais comum na segunda porção do duodeno, o d. colédoco abria-se às vêzes na 1.^a ou na 3.^a porção cruzando toda a face posterior do pâncreas, rente à superfície ou num suave canal sempre recoberto pela lámina de Treitz.

COMENTÁRIOS SOBRE OS TRABALHOS CONSULTADOS

Devemos inicialmente ressaltar que a diversidade encontrada, na freqüência dos tipos, pelos diferentes pesquisadores esteve condicionada a vários fatores, destacando-se a variabilidade do método de estudo, a diferença de orientação nas observações, e principalmente o critério da pesquisa, o qual na maior parte das vêzes, não era suficientemente descrito para que servisse de base, ou de termo de comparação aos estudos posteriores. O número desigual de observações, sendo mesmo muito pequeno, o que foi estudado por certo AA., como se poderá ver pela lista seguinte, foi também, sem dúvida, um dos fatores para o aparecimento de resultados discordantes (WYSS 22 casos; HELLY 40; LETULLE e NATHAN-LARRIER 19; WIART 10; BÜNGNER 58; PADULA 165; ROBINSON 42; RUGE 43; BALDWIN (?); BELOU 35; MAEDA 60; CAMERON 100; FUCHS 50; YAMAGUCHI 140; NÜBOER 75; CHLYVITCH e KOZINTZEV 100; NAATANEN 100; FINOCHIETTO 100; LEIVA 100; NOGUEIRA 31; DEGNI 75; FREITAS 140; STERLING 80; BUSTOS 54).

Por outro lado os trabalhos se dividem em dois grupos: 1.^º estudos feitos, perfundoriamente, sem descrição de tipos ou de variações das lingüetas, não se referindo a identificação do material. 2.^º trabalhos mais detalhados classificando os diferentes tipos de lingüetas encontrados e reunindo-os em grupos distintos; alguns identificando o material estudado.

Não havia identidade quanto à maneira de agrupar as lingüetas pancreáticas em tipos e sub-tipos quanto à extensão do ducto colédoco por ela recoberto.

A maioria nem se referiu ao tipo de lingüeta dupla, sendo uma caudal e outra cranial. Com raras exceções, não era posta no devido destaque a porção do d. colédoco que era recoberta pela lingüeta, não levando em consideração também a porção coberta

apenas por gânglios linfáticos, artérias, veias e lâminas de coalescência peritoneal, nem descrevendo qual das duas porções era a maior, o que seria um dado de interesse prático. Destaca-se a este respeito o trabalho de Degni.

Quanto aos tratados de anatomia dispensamo-nos de uma revisão a respeito, pois que, forçosamente, sendo livros escolares descrevem sumariamente as relações do d. colédoco com o pâncreas, não oriundas de pesquisas próprias em séries.

Pelo exposto, parece-nos ainda cabível um estudo em mais abundante material e de valor étnico diferente.

MATERIAL

O nosso material compõem-se de 200 peças provenientes de cadáveres autopsiados no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, devidamente identificados sendo, 100 brancos e 100 negros, mais ou menos puros, assim classificados pelos caracteres somatoscópicos essenciais, não se podendo falar em nosso meio de negros puros. Entre os brancos havia 75 do sexo masculino e 25 do sexo feminino; eram brasileiros 67, italianos 17, espanhóis 5, português 4, alemães 3, libaneses 2, tcheco-eslovaco 1, lituano 1. Entre os negros havia 59 do sexo masculino e 41 do sexo feminino; eram brasileiros 99 e sul africano 1. Quanto à idade predominavam indivíduos adultos.

As peças foram colhidas de duas maneiras: 1.^a — assistiamos a autópsia e depois de terem sido examinados os órgãos que nos interessavam pelo autopsiante, estes nos eram cedidos, constando de duodeno, pâncreas, parte do estômago, elementos de pedículo hepático, raiz do mesocolo e do mesentério. As peças eram numeradas e conservadas em formol. 2.^a — depois de feita a autópsia a peça com os órgãos já descritos era levada pelo servente a outros pesquisadores do Departamento de Anatomia Descritiva e Topográfica cujos estudos estavam relacionados com o estômago, fígado ou piloro gastro-duodenal, e uma vez aproveitadas para estas pesquisas, eram numeradas e conservadas em formol para o nosso estudo.

Registrávamos numa ficha de cartolina o n.^o da peça, e a sua identificação, deixando espaço para as anotações da dissecação.

MÉTODO

Procediamos à redução da peça depois de fixada em formol a 10%, conservando apenas o pâncreas, o duodeno, alguns centímetros do antro-gástrico, o d. colédoco e o d. cístico, quando este se unia ao ducto biliar em nível baixo. O corpo do pâncreas e a cauda por terem sido seccionados durante a autópsia, não faziam parte de algumas peças. As preparações que se prestaram a outros estudos anteriores não conservavam o piloro e o antro-gástrico.

A dissecção obedeceu a um plano pré-estabelecido, procurando tirar do material o máximo de ensinamento, isolando e observando todos os elementos que serviriam de base a este e a outros trabalhos.

Iniciámos a dissecção pela face posterior da cabeça do pâncreas, com o fim de identificar eventual lingüeta pancreática em relação ao segmento pancreático do d. colédoco. Isolávamos quando conservadas nas peças, as artérias, as veias e os gânglios linfáticos, e libertávamos a superfície posterior da cabeça do pâncreas da membrana peritoneal de coalescência, procurando o plano de clivagem formado por tecido conjuntivo frouxo, que une a borda livre da lingüeta pancreática à face posterior da porção cranial da cabeça do pâncreas. Dissecávamos cuidadosamente a lingüeta, com tesoura fina, fazendo manobras de divulsão através do tecido conjuntivo frouxo que existe nessa região até atingirmos o colédoco, o qual não era retirado do seu leito. Fazíamos um esquema a lapis registrando a formação da lingüeta, quando esta existia, pondo em destaque a parte do colédoco por ela recoberto.

R E S U L T A D O S

Os nossos achados foram reunidos em 5 grupos, em ordem decrescente de freqüência dentre os quais, alguns apresentavam subgrupos e subordinamos aos mesmos as formas de transição. O critério de divisão do nosso material foi o seguinte: 1.º presença ou ausência da lingüeta. 2.º) quando existia a lingüeta se esta era única ou "dupla" (duas lingüetas). 3.º) em ambos os casos, se recobria total ou parcialmente o d. colédoco pancreático. 4.º) nesta última hipótese em que extensão e nível era o d. colédoco recoberto pela lingüeta. Considerámos um grupo que abrangesse todos os casos de aspecto morfológico pouco freqüentes.

E' necessário para a compreensão do que conceituamos como lingüeta, que consideramos presentes estas, somente quando havia justaposição da margem livre delas com o restante da cabeça do pâncreas, ou quando havia justaposição das margens livres das 2 lingüetas, havendo sempre, naturalmente, um septo conjuntivo laminar, interposto. Se faltasse uma direta justaposição e este espaço entre as margens fosse preenchido por tecido conjuntivo considerávamos como casos de ducto colédoco situado num sulco da face posterior da cabeça do pâncreas.

Verificamos a freqüência dos diferentes tipos de lingüetas pancreáticas em brancos e negros, de ambos os sexos. Como o número de brancos e negros era igual, isto é, 100 de cada, o número de freqüência de cada tipo seria também o número de porcentagem para brancos e negros.

1.º grupo — compreendia os casos em que a lingüeta pancreática era única, de base caudal e de extensão variável, recobrindo par-

cialmente o d. colédoco. Foi encontrado em 39 negros e 46 brancos, perfazendo 42,5% do total.

Este grupo foi dividido em 7 sub-grupos de acordo com a extensão da porção pancreática do d. colédoco recoberta pela lingüeta.

1.^o sub-grupo — a lingüeta pancreática recobria apenas o terço proximal da porção pancreática do d. colédoco. Encontramos em um indivíduo branco. (Esq. 1, S. D. 82 anos, masculino, espanhol).

2.^o sub-grupo — a lingüeta pancreática recobria o terço médio da porção pancreática do d. colédoco. Encontramos em 10 negros e 10 brancos. (Esq. 2 — fig. 1-2).

3.^o sub-grupo — a lingüeta pancreática recobria apenas o terço distal da porção pancreática do d. colédoco. Encontramos em 3 negros a 9 brancos. (Esq. 3 — fig. 3-4).

4.^o sub-grupo — a lingüeta pancreática recobria a metade proximal da porção pancreática do ducto colédoco. Encontramos em 2 negros e 2 brancos. (Esq. 4 — fig. 5-6).

5.^o sub-grupo — a lingüeta pancreática recobria a metade distal da porção pancreática do ducto colédoco. Encontramos em 8 negros e 3 brancos. (Esq. 5 — fig. 7-8).

6.^o sub-grupo — a lingüeta pancreática recobria os dois terços proximais da porção pancreática do ducto colédoco. Encontramos em 5 negros e 8 brancos. (Esq. 6 — fig. 9-10).

7.^o sub-grupo — a lingüeta pancreática recobria os dois terços distais da porção pancreática do ducto colédoco. Encontramos em 11 negros e 13 brancos. (Esq. 7).

2.^o grupo — compreende os casos em que havia uma lingüeta pancreática única de base caudal, recobrindo toda a porção pancreática do d. colédoco. Encontramos em 34 negros e 26 brancos, abrangendo 30% do total. (Esq. 8 — fig. 11-12).

3.^o grupo — compreende os casos em que não havia lingüeta pancreática. A porção pancreática do ducto colédoco estava apenas justaposta à face posterior da cabeça do pâncreas e a ela aderia por meio de membranas de coalescência, elementos venosos, arteriais e linfáticos. Encontramos em 13 negros e 17 brancos. Em 1 negro e 2 brancos havia um ligeiro esbôco de goteira. Este grupo correspondia a 16,5% do total. (Esq. 9 — fig. 13).

4.^o grupo — nêste estão incluídos os casos em que havia uma dupla lingüeta; uma superior de base cranial e outra inferior de base caudal, sempre justaposta pela sua margem livre. Encontramos em 10 negros e 8 brancos, perfazendo 9% do total, sub-dividido por sua vez em 2 sub-grupos :

- a) as lingüetas recobriam a porção pancreática do ducto colédoco em toda sua extensão em 4 negros e 6 brancos.
- b) as lingüetas recobriam parcialmente a porção pancreática do ducto colédoco, e eram de extensão variável, em 6 negros e 6 brancos. (Esq. 10 — fig. 14-15).

5.º grupo — reunimos nêle os casos que apresentavam variações morfológicas pouco freqüentes, o que observamos em 4 casos, 2% do total. Em 2 peças de negros e 1 de branco além de dissecar a lingüeta foi preciso seccionar o tecido pancreático numa pequena extensão para libertar completamente o ducto colédoco.

Entretanto só com o exame histológico, que tivesse sido feito antes, poderíamos ajuizar do valor dêsse tecido, em função de uma real ausência de plano de clivagem.

Em 1 negro o ducto colédoco, apresentava-se pré-pancreático, alojado numa goteira, recoberto por tecido conjuntivo, dessecável portanto, pela face anterior da cabeça do pâncreas.

* * *

Em relação aos sexos os nossos achados foram os seguintes:

1.º grupo — lingüeta pancreática única de base caudal e de extensão variável, recobrindo parcialmente o ducto colédoco. Sexo masculino 56 (53 brancos e 23 negros). Sexo feminino 29, (13 brancos e 16 negros).

1.º sub-grupo : masculino 0, feminino 1 (branco); — *2.º sub-grupo* : masculino 13 (brancos 6 e negros 7), feminino 7 (brancos 4 e negros 3); — *3.º sub-grupo* : masculino 6 (brancos 0 e negros 6), feminino 6 (brancos 3 e negros 3); — *4.º sub-grupo* : masculino 4 (brancos 2 e negros 2), feminino 0; — *5.º sub-grupo* : masculino 5 (branco 1 e negros 4), feminino 6 (brancos 2 e negros 4); — *6.º sub-grupo* : masculino 9 (brancos 7 e negros 2), feminino 4 (brancos 1 e negros 3); — *7.º sub-grupo* : masculino 19 (brancos 11 e negros 8), feminino 5 (brancos 2 e negros 3).

2.º grupo — lingüeta única de base caudal, recobrindo totalmente a porção retro-pancreática do ducto colédoco. Sexo masculino 42 (brancos 21 e negros 21). Sexo feminino 18 (brancos 5 e negros 13).

3.º grupo — ausência da lingüeta. Sexo masculino 22 (brancos 15 e negros 7) sexo feminino 11 (brancos 4 e negros 7).

4.º grupo — lingüeta dupla. Sexo masculino 11 (brancos 5 e negros 6). Sexo feminino 7 (brancos 3 e negros 4).

5.º grupo — variações morfológicas pouco freqüentes: sexo masculino 3 (brancos 1 negros 2). Sexo feminino 1 negro.

ANALISE DOS RESULTADOS

Da análise de nossas observações verifica-se que a lingüeta pancreática é uma formação anatômica muito freqüente, tendo ocorrido em 83% dos casos.

A lingüeta tinha um desenvolvimento muito variável, encontrando-se todos os tipos de transição desde a mais leve saliência recobrindo o d. colédoco num pequeno segmento, 45,5%, até o tipo mais desenvolvido recobrindo completamente a sua porção retro-pancreática, e que foi encontrado em 30% das observações.

Estes casos são aqueles em que o d. colédoco é aparentemente intra-pancreático, porquanto apresenta-se totalmente envolvido por tecido glandular. O isolamento da lingüeta é difícil, mesmo na peça anatômica fixada, principalmente, porque a sua margem livre encontra-se em lugar variado, podendo coincidir com a borda superior da cabeça do pâncreas portanto longe do ponto em que se encontra o d. colédoco, e também por ser a lingüeta nestes casos espessa. Alguns pesquisadores consideram tais casos como de d. colédoco, meramente, intra-pancreático.

No maior número de tipos, por nós observados, constituindo o nosso 1.^o grupo, a lingüeta tinha um desenvolvimento, maior ou menor, recobrindo parcialmente a porção pancreática do ducto colédoco representando 42,5% do total. A extensão da lingüeta era muito variável exigindo para maior compreensão do assunto a divisão em 7 sub-grupos nos quais foram colocados os tipos da transição.

A ausência da lingüeta encontramos em 16,5% dos casos. Nestes o d. colédoco encontrava-se facilmente exposto, recoberto apenas por gânglios linfáticos, artérias, veias e láminas de coalescência peritoneal, o que permitiria seu acesso sem lesão de tecido pancreático.

No 4.^o grupo incluímos os casos em que havia uma dupla lingüeta. A dissecação desses era muito fácil, porquanto, as lingüetas eram delgadas e sua juxtaposição dava-se na face posterior do d. colédoco. Encontramos esse tipo em 9% do material.

O 5.^o grupo reúne os casos que apresentavam variações morfológicas pouco freqüentes, o que observamos em 4 casos ou 2% do total. Em 3 casos, além da lingüeta, havia uma ponte de tecido pancreático de pequena espessura sobre o d. colédoco, que foi sectionado para libertá-lo completamente. Macroscopicamente tinha-se a impressão de continuidade do tecido pancreático.

O colédoco em posição pré-pancreática é uma disposição rara. No nosso material encontramos um caso (0,5%). O ducto com seu calibre normal atingia o duodeno, pela face anterior da cabeça do pâncreas, alojado numa goteira, recoberto apenas por tecido conjuntivo frouxo vasos sanguíneos e lámina peritoneal. Dada a

disposição extremamente particular, pré-pancreática do d. colédoco resolvemos excluir essa observação do cômputo geral da ausência de lingüetas que se referem à face da cabeça do pâncreas.

PLANO DE CLIVAGEM

O plano de dissecação existente entre a borda livre da lingüeta e a face posterior da cabeça do pâncreas, o qual permite acesso à porção retro-pancreática do ducto colédoco, encontramos no nosso material em 100% dos casos em que havia lingüeta.

O seu reconhecimento apresentava certa dificuldade apenas quando a lingüeta pancreática era única e recobria todo o d. colédoco retro-pancreático, isto é 30% dos casos, nos quais a borda livre da lingüeta muitas vezes confundia-se com a borda superior da cabeça do pâncreas. Fora êstes casos, a sua descoberta e pesquisa, nas peças anatômicas, era muito fácil, principalmente quando sómente a porção distal do d. colédoco era recoberta. Nos casos de dupla lingüeta as bordas de ambas, geralmente, se justapunham na face posterior do ducto colédoco, bastando a simples manobra de divulsão preconizada por DEGNI, para evidenciar totalmente, o d. colédoco.

Em 3 casos tivemos que seccionar pequena extensão de tecido pancreático para libertar completamente o d. colédoco. O plano de clivagem em todos os 3 casos, foi perfeitamente identificado e a lingüeta libertada, além do que encontramos tecido glandular, tendo sido necessário, seccioná-lo rompendo sua continuidade.

COMENTÁRIO

Para confronto dos nossos resultados com os dos diferentes AA., tivemos inicialmente que agrupar os casos dos trabalhos consultados de acordo com os 5 tipos por nós estabelecidos. Isto nem sempre foi possível, quer pela descrição imprecisa de alguns estudos, quer pelo fato dos AA. não registrarem os 5 tipos por nós considerados.

Em relação ao nosso 1.º grupo no qual estão os casos em que o ducto colédoco é parcialmente recoberto pela lingüeta e que encontramos em 42,5% dos casos. HELLY encontrou em 45% das suas 40 observações. LETÜLLE e NATHAN-LARRIER encontraram em 42,1% (8 em 19 observações) não descrevendo minuciosamente a extensão do ducto recoberto. WIART encontrou em 30% (3 casos em 10) em que o ducto no seu último centímetro era contido num verdadeiro túnel pancreático. BÜNGNER verificou que em 55 dos 58 casos observados o ducto colédoco atravessa a substância pancreática (94,8%). PADULA admitiu a existência deste tipo. ROBINSON referiu-se que o d. colédoco estava incluído no tecido pancreático em 90% dos casos (estudou 42 casos). BELOU encontrou túnel incompleto em 12 casos (34%). FUCHS admitiu a existência deste

grupo descrevendo alguns dos sub-grupos por nós considerados, sem dar contudo o n.º dos casos. YAMAGUCHI verificou nas suas 100 dissecções 34 casos (34%) pertencentes ao nosso 1.º tipo. FINOCHIETTO nas suas dissecções encontrou 78 casos que podiam ser incluídos no nosso 1.º grupo (78%). LEIVA encontrou a lingüeta recobrindo parcialmente o ducto em 8% dos casos. Há alguns resultados próximos aos nossos, ao lado de uma grande diferença nas percentagens, o que provavelmente se pode atribuir mais à diversidade de critério de observação.

Em relação ao nosso tipo 2 em que o ducto colédoco é totalmente recoberto pela lingüeta pancreática única de base caudal, o qual verificamos no nosso material em 30% dos casos, HELLY encontrou em 17,5% dos seus 40 casos. BELOU encontrou túnel completo em 9 casos (26%). YAMAGUCHI verificou que toda a porção retro-pancreática era envolvida em 68 casos (48,5%). NUBOER refere-se a 50 casos (66,7%). NÄÄTÄNEN encontrou 12 casos deste tipo (12%). FINOCHIETTO considerou assim 10 casos (10%). LEIVA descreveu a lingüeta recobrindo totalmente o ducto colédoco em 56% dos casos.

Alguns autores reuniram num só tipo os casos que correspondem aos nossos 1.º e 2.º grupos dando os resultados globais.

CHLYVITCH e KOZINTZEV encontraram em 57 casos 57% um pretenso canal glandular envolvendo todo o colédoco retro-pancreático ou sómente o seu segmento distal. NOGUEIRA encontrou a lingüeta pancreática recobrindo parcial ou totalmente o d. colédoco em 19 casos (64,2%). DEGNI em 53 casos, 70,7% verificou que a lingüeta pancreática recobria parcial ou totalmente a porção pancreática do ducto colédoco.

Se nós somarmos os nossos resultados dos 1.º e 2.º grupos teremos 30% + 42,5% o que daria 72,5%, resultado que corresponde ao de DEGNI.

Quanto ao tipo 3 no qual estão agrupados os casos em que o d. colédoco era todo retro-pancreático, estando apenas justaposto à parede da cabeça do pâncreas e a esta aderia por meio da membrana de coalescência peritoneal, elementos venosos, artériais, e linfáticos, que observados em 16,5%, HELLY encontrou em 37,5% dos seus casos, LETULLE e NATHAN-LARRIER descreveram em 57,8% (11 dos 19 casos). BÜNGNER se referiu a 3 casos ou 5,1%. PADULA admitiu a existência deste tipo. BELOU verificou sulco ou corrediça em 14 casos (40%). MAEDA assinalou apenas 1 caso em 60 dissecados (1,6%). YAMAGUCHI comprovou a ausência da lingüeta em 2 casos (1,4%). O mesmo autor considerou como outro grupo à parte aquele em que a lingüeta recobria apenas a metade interna ou a margem interna do ducto, encontrada em 18 casos 12,8% (que nós incluímos no nosso 3.º grupo). Para NÄÄTÄNEN a ausência da lingüeta atingia 53%, para FINOCHIETTO 7 caso 7%, e para LEIVA 36 casos (36%). Dos autores nacionais NOGUEIRA encontrou ausência da lingüeta

em 5 casos (16,1%), e DEGNI em 75 observações, 10 casos (13,3%). Os nossos resultados 9%, correspondem aos de FINOCHIETO e muito se aproximam dos de NOGUEIRA e DEGNI.

Vale dizer a respeito que na aceitação da presença ou ausência da lingüeta, pode intervir o subjetivismo do observador, ainda mais que falta um critério uniforme na identificação da lingüeta.

O 4.º grupo não mereceu destaque para a maioria dos pesquisadores, apenas FUCHS, dos autores estrangeiros, se referiu a ele considerando-o um sub-grupo. HELLY, LETULLE e NATHAN-LARRIER, NAATÄNEN, YAMAGUCHI, FINOCHIETO e outros que descreveram com certa minúcia o material observado não registraram a presença desta variedade. O mesmo não se deu com os pesquisadores nacionais, assim, NOGUEIRA encontrou 2 lingüetas em 7 casos (22,5%), e DEGNI no total de suas observações encontrou 2 lingüetas em 12 casos (16%). No nosso material encontramos 18 casos perfazendo 9% do total. Confrontando com os autores acima as porcentagens não são concordantes.

No tipo 5 reunimos os casos que apresentavam variações morfológicas pouco freqüentes.

O coléodo pré-pancreático encontramos em apenas 1 caso (0,5%). NÄÄTÄNEN descreveu 1 caso entre 100. NUBOER encontrou 2 casos (2,7%). CHLYVITCH e KOZINTZEV citaram 1 caso. DEGNI registrou 2 casos (3,6%).

Neste grupo incluimos também 3 casos (1,5%) em que além da lingüeta pancreática dissecável houve necessidade de seccionar uma parte de tecido pancreático, de pequena extensão, para libertar totalmente o d. coléodo.

FINOCHIETO no seu material encontrou 5 casos nos quais refere ter sido necessário seccionar tecido pancreático para libertar o d. coléodo.

Para facilitar o estudo comparativo da frequência dos tipos das lingüetas pancreáticas, dos negros e brancos, apresentamos aqui, os quadros com as porcentagens e correções estatísticas dos resultados antes indicados no capítulo correspondente. Vê-se que, nos resultados totais dos grupos, não há diferença apreciável que possa ter valor estatístico.

NEGROS

GRUPOS	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
I	23	23%	16	16%	39	39% ± 4,96
II	21	21%	13	13%	34	34% ± 4,73
III	7	7%	7	7%	14	14% ± 3,46
IV	6	6%	4	4%	10	10% ± 3
V	2	2%	1	0%	3	3% ± 1,70

BRANCOS						
GRUPOS	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
I	33	33%	13	13%	46	46% \pm 4,98
II	21	21%	5	5%	26	26% \pm 4,38
III	15	15%	4	4%	19	19% \pm 3,92
IV	5	5%	3	3%	8	8% \pm 2,71
V	1	1%	0	0%	1	1% \pm 0,99

As variações na freqüência dos tipos de lingüetas pâncreáticas nos dois sexos, nos permitiu estabelecer o quadro, seguinte, onde se vê que os valores totais, para os diferentes grupos, são muito próximos não havendo diferença suficiente para ter significação estatística apreciável.

MASCULINO					
GRUPOS	NEGROS 59	BRANCOS 75	TOTAL	134	
I	23 38,9%	33 44,0%	56	41,7% \pm 5,90	
II	21 35,5%	21 28,0%	42	31,3% \pm 4,89	
III	7 11,8%	15 20,0%	22	16,4% \pm 3,79	
IV	6 10,1%	5 6,6%	11	8,2% \pm 2,77	
V	2 3,3%	1 1,3%	3	2,2% \pm 1,46	

FEMININO					
GRUPOS	NEGROS 41	BRANCOS 25	TOTAL	66	
I	16 39,0%	13 52%	29	43,9% \pm 3,83	
II	13 31,7%	5 20%	18	27,2% \pm 3,99	
III	7 17,0%	4 16%	11	16,6% \pm 3,52	
IV	4 9,7%	3 12%	7	10,6% \pm 3,69	
V	1 2,4%	0 0%	1	1,5% \pm 1,20	

Para verificar o valor estatístico, das diferenças de porcentagens dos vários grupos de lingüeta pancreática nos negros e brancos e nos dois sexos, procedemos ao cálculo do erro padrão da diferença dessas porcentagens (*).

Para este confronto tomamos apenas o grupo 2 no qual a diferença de porcentagem nos negros e brancos era maior. A diferença de porcentagens (8) era 1,25 vezes maior que o respectivo erro

(*) Segundo a fórmula $E_{12} = \sqrt{p_1 \cdot q_1 \cdot (1/n_1 + 1/n_2)}$.

padrão (6,4) estando portanto dentro dos limites de flutuação de amostra, podendo ser atribuída ao acaso.

Em relação ao sexo masculino e feminino, tomamos também o grupo 2 cuja diferença de porcentagem era a maior. Esta diferença (4,1) era 0,60 vezes menor que o respectivo erro padrão (6,8) estando portanto dentro dos limites da flutuação de amostra, podendo ser ainda atribuída ao acaso.

* * *

A dissecação do d. colédoco na sua porção pancreática, não apresenta dificuldade, quando não existe lingüeta pancreática por quanto o ducto se encontra justaposto à face posterior da cabeça do pâncreas ou colocado num sulco mais ou menos profundo.

Nos casos, porém, em que existe a lingüeta pancreática, a dissecação é mais difícil e trabalhosa, exigindo recursos de tática e manobra técnica sugeridas, estudadas e difundidas por DEGNI em sua tese.

Neste segundo grupo, do ponto de vista da dissecação, na aplicação prática, poderíamos estabelecer dois sub-grupos:

1.º) casos em que a parte proximal da porção pancreática do d. colédoco não se encontra recoberta pela lingüeta pancreática, e sim por tecido conjuntivo frouxo, permitindo, facilmente, nesta porção, a dissecação, diretamente sobre o d. colédoco sem artifício; mais adiante encontrando a lingüeta pancreática, muda-se de tática, empregando a manobra de divulsão muito bem idealizada.

2.º) casos em que o d. colédoco parece penetrar na cabeça do pâncreas. Sua porção pancreática é toda ela ou quasi toda, envolvida por tecido pancreático por vezes, de espessura considerável. Existe o plano de clivagem que permite a libertação da lingüeta pancreática, não há dúvida, mas a sua pesquisa mesmo na peça anatômica é difícil, trabalhosa e demorada; este sub-grupo, a nosso ver, constitui os casos desfavoráveis ao emprego do método de divulsão, ou de qualquer outro método até agora conhecido, para o acesso à porção pancreática do d. colédoco. Considerando esses fatos podemos estabelecer para os casos com lingüetas, uma subdivisão, segundo sejam casos favoráveis ou desfavoráveis, para a dissecação desta porção do d. colédoco com a seguinte freqüência: se somarmos os casos em que a lingüeta recobria o d. colédoco só no seu terço médio (20 casos) ou no distal (12 casos), aqueles em que ela recobria toda sua metade distal (11 casos) e ainda os casos recobertos em seus 2/3 distais (24 casos) 12% teremos 33,5% os quais reunidos aos 16,5% do grupo de ausência da lingüeta perfazem 50,0% do total, o que permite afirmar que em 50,0% dos casos o d. colédoco não é recoberto por tecido pancreático ou é apenas parcialmente, até, no máximo, os seus 2/3 distais.

A este grupo poderíamos juntar o 4.º grupo, isto é os casos em que há duas lingüetas, por quanto os lábios de ambas se justapõem

ao nível da face posterior do ducto, ora mais cranial ou mais caudalmente, cuja descoberta é muito fácil, dependendo apenas da secção do tecido conjuntivo que se encontra no contorno posterior do ducto. A porcentagem se eleva então a 59,0% dos casos.

Em traços gerais pode-se afirmar que em 60% dos casos o d. coléodo é perfeitamente acessível no seu segmento retro-pancreático, ou por não ser recoberto pela lingüeta, ou por ser apenas em pequena extensão, ou ainda por ser recoberto por duas lingüetas cujos lábios se justapõem ao nível do contorno posterior do ducto.

Os restantes 40% dos casos compreende os de lingüeta muito espessa e cujo plano de clivagem é de identificação trabalhosa e demorada. O ducto encontra-se recoberto em toda sua extensão ou nos seus 2/3 proximais ou sómente na sua metade proximal.

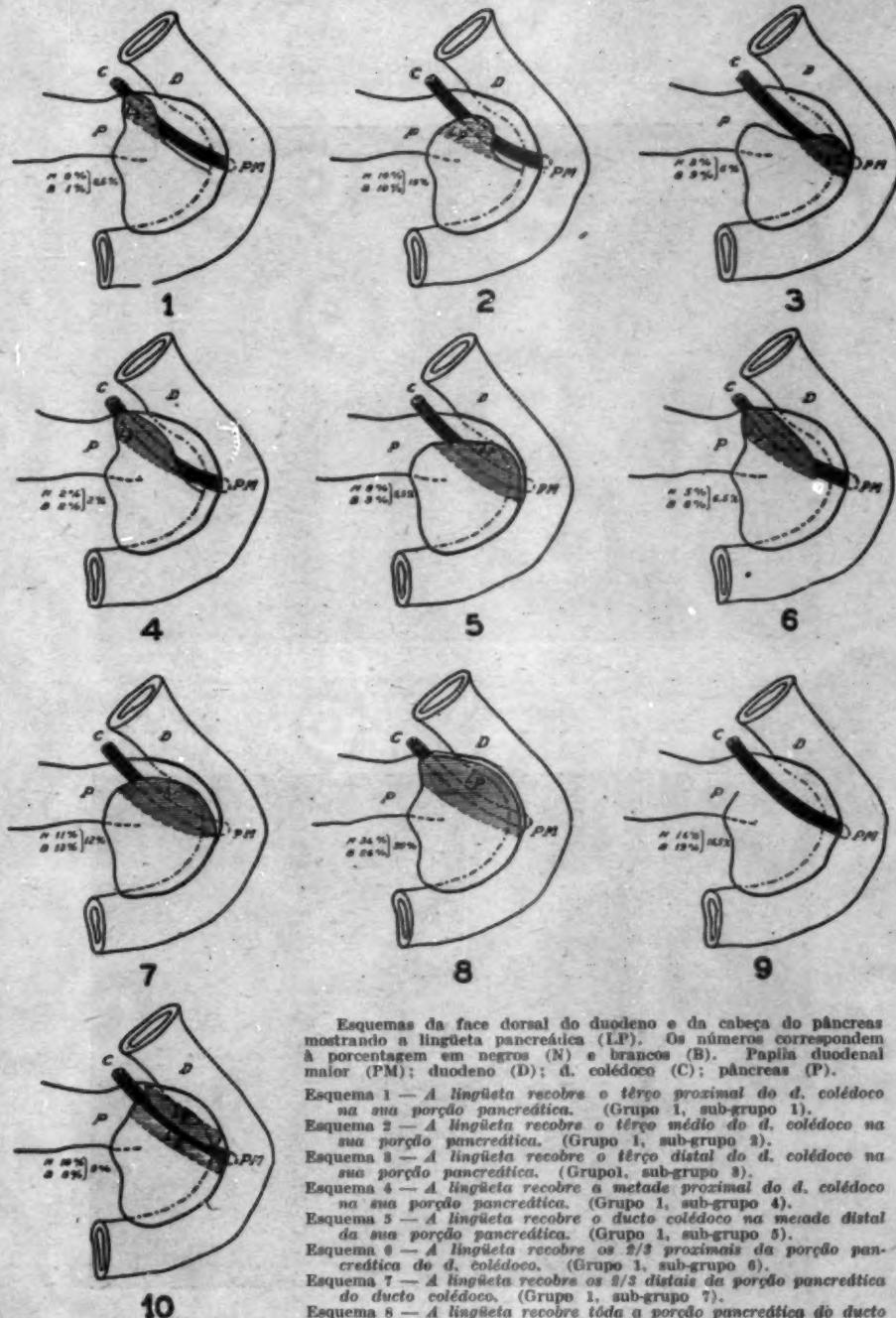
Do ponto de vista racial, relativo a brancos e negros, os nossos achados encontram-se isolados na literatura porquanto nenhum pesquisador se interessou especificamente pela questão. Ainda mais, difícil seria o cômputo de nossos resultados com os de outros AA. dado o critério diferente de cada um, e por não apresentarem muitos AA. identificação do material ou não possuirem um número suficiente de casos de grupos étnicos diferentes para esse estudo.

A comparação em relação ao sexo também pela diversidade de critério não pôde ser feita com exatidão.

CONCLUSÕES

De nossas observações podemos concluir que :

- 1.º) A lingüeta pancreática existente na face posterior da cabeça do pâncreas, única ou "dupla", recobrindo parcial ou totalmente a porção pancreática do d. coléodo é uma formação muito frequente tendo sido observada em 83% dos casos.
- 2.º) A ausência da lingüeta foi observada em 16,5% dos casos.
- 3.º) O ducto coléodo pré-pancreático é uma disposição rara, tendo sido verificado em 0,5% dos casos. (1 observação em 200).
- 4.º) Em todos os casos em que havia lingüeta pancreática foi encontrado o plano de clivagem que permitia libertá-la.
- 5.º) Praticamente, em 60% dos casos, o d. coléodo na sua porção retro-pancreática é facilmente acessível, quer por não ser recoberto por tecido pancreático, ou por ser apenas em pequena extensão, ou ainda por ser recoberto por duas lingüetas cujos lábios se justapõem no nível da face posterior do ducto.
- 6.º) Em 40% dos casos a lingüeta é espessa, recobrindo o ducto em toda a extensão (30% dos casos), ou nos seus 2/3 proximais ou na metade proximal: nessas condições é muito dificultado o isolamento do d. coléodo.
- 7.º) Com relação aos dois grupos étnicos, negros e brancos e aos sexos, as variações encontradas não apresentaram diferenças estatísticas significantes.



Esquemas da face dorsal do duodeno e da cabeça do pâncreas mostrando a lingüeta pancreática (LP). Os números correspondem à porcentagem em negros (N) e brancos (B). Papila duodenal maior (PM); duodeno (D); d. colédoce (C); pâncreas (P).

Esquema 1 — A lingüeta recobre o terço proximal do d. coléodoce na sua porção pancreática. (Grupo 1, sub-grupo 1).

Esquema 2 — A lingüeta recobre o terço médio do d. coléodoce na sua porção pancreática. (Grupo 1, sub-grupo 2).

Esquema 3 — A lingüeta recobre o terço distal do d. coléodoce na sua porção pancreática. (Grupo 1, sub-grupo 3).

Esquema 4 — A lingüeta recobre a metade proximal do d. coléodoce na sua porção pancreática. (Grupo 1, sub-grupo 4).

Esquema 5 — A lingüeta recobre o ducto coléodoce na metade distal da sua porção pancreática. (Grupo 1, sub-grupo 5).

Esquema 6 — A lingüeta recobre os 2/3 proximais da porção pancreatică do d. coléodoce. (Grupo 1, sub-grupo 6).

Esquema 7 — A lingüeta recobre os 2/3 distais da porção pancreatică do d. coléodoce. (Grupo 1, sub-grupo 7).

Esquema 8 — A lingüeta recobre toda a porção pancreatică do d. coléodoce. (Grupo 2).

Esquema 9 — Ausência da lingüeta pancreática. Trajeto do d. coléodoce na sua porção pancreatică. (Grupo 3).

Esquema 10 — Duas lingüetas. A superior de base cranial e a inferior de base caudal. (Grupo 4).

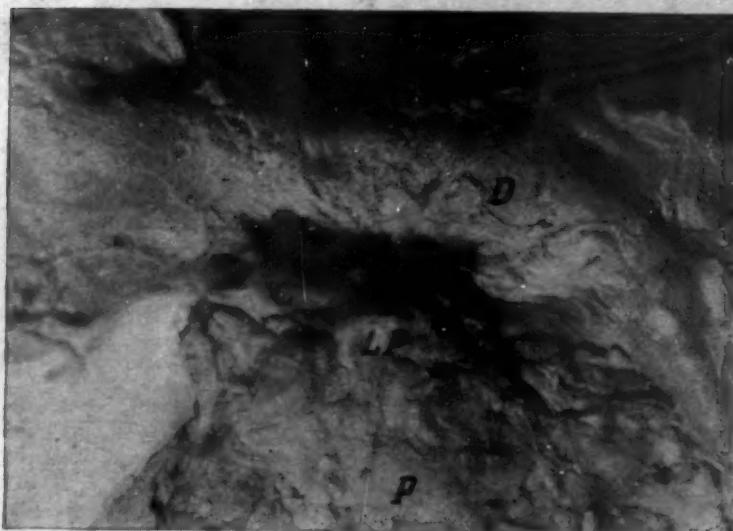


Fig. 1 — Fotografia do duodeno-pancreas visto pela face posterior. (V. R., masculino, 54 anos, branco, italiano). Vê-se o d. coléodoce recoberto pela lingüeta pancreática no seu terço médio.



Fig. 2 — Fotografia da mesma peça da fig. 1. A lingüeta pancreática foi rebaixada deixando ver totalmente a porção pancreática do d. coléodoce.



Fig. 3 — Duodeno-pâncreas, vista dorsal. (J.S., masculino, 65 anos, negro, brasileiro). Vê-se o ducto colédoco e a lingüeta pancreática recobrindo o seu terço distal.



Fig. 4 — Fotografia da mesma peça da fig. 3. A lingüeta pancreática foi rebatida, deixando ver toda a porção pancreática do ducto colédoco.

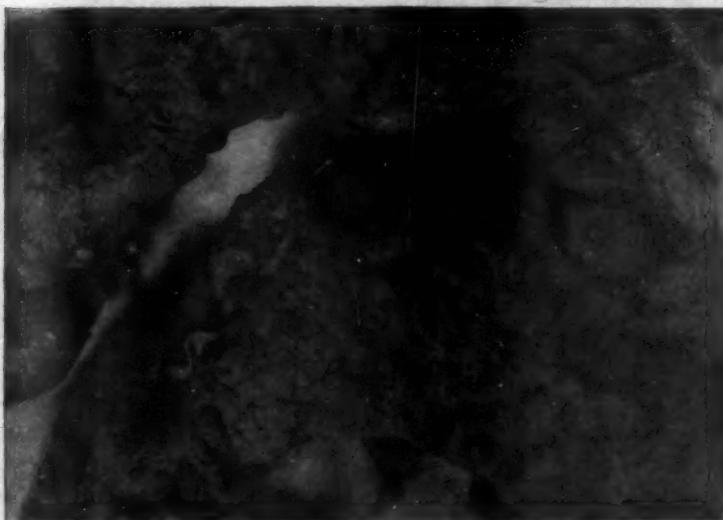


Fig. 5 — Duodeno-pâncreas pela face dorsal. (C.R., masculino, 54 anos, negro, brasileiro). Vê-se o duto colédoco recoberto na sua metade proximal pela lingüeta pancreática.



Fig. 6 — Fotografia da mesma peça da fig. 5. A lingüeta pancreática foi rebatida deixando ver toda a porção pancreática do d. colédoco.



Fig. 7 — Duodeno-pancreas pela face dorsal. (F.M.C., feminino, 55 anos, branca, "brastileira"). Vê-se o d. coléodo pancreatico na sua metade proximal; a metade distal está coberta pela lingüeta pancreaticá.

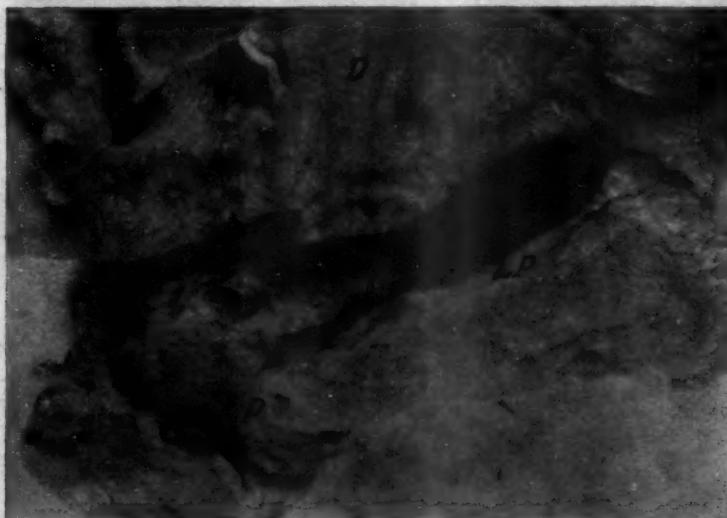


Fig. 8 — Fotografia da mesma peça da fig. 10. A Lingüeta pancreaticá foi rebatida, deixando ver o d. coléodo em toda sua porção pancreaticá.

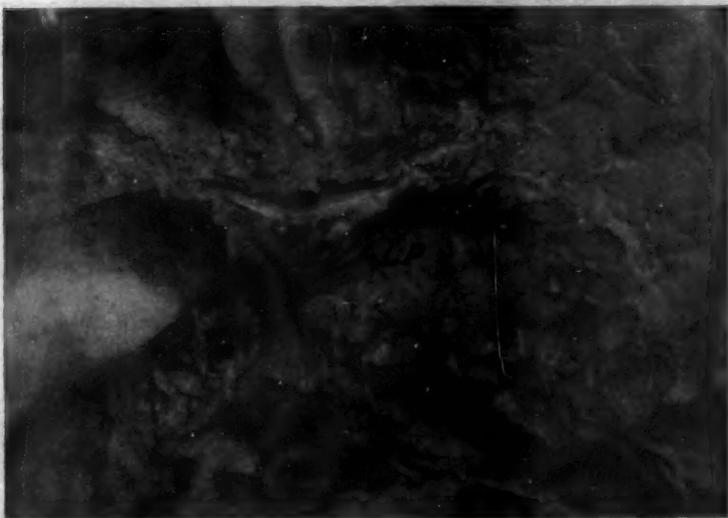


Fig. 9 — Duodeno-pâncreas pela face dorsal. (A.J.C., masculino, 26 anos, branco, brasileiro). O d. colédoco na sua porção pancreática encontra-se recoberto nos seus 2/3 proximais.

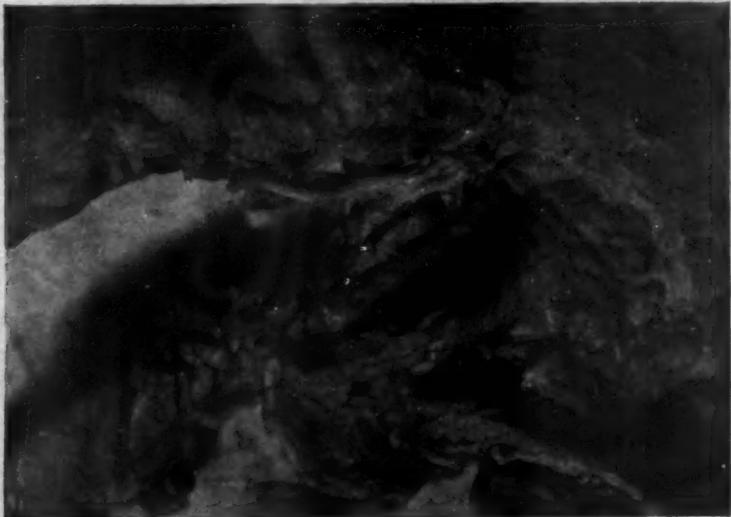


Fig. 10 — Fotografia da mesma peça da fig. 15. A lingüeta pancreática foi rebatida deixando ver toda a porção pancreática do d. colédoco.



Figura 11 — Duodeno-pâncreas pela face dorsal. (M.A.S., feminino, 77 anos, branca, portuguesa). O d. colédoco encontra-se totalmente recoberto pela lingüeta pancreática.

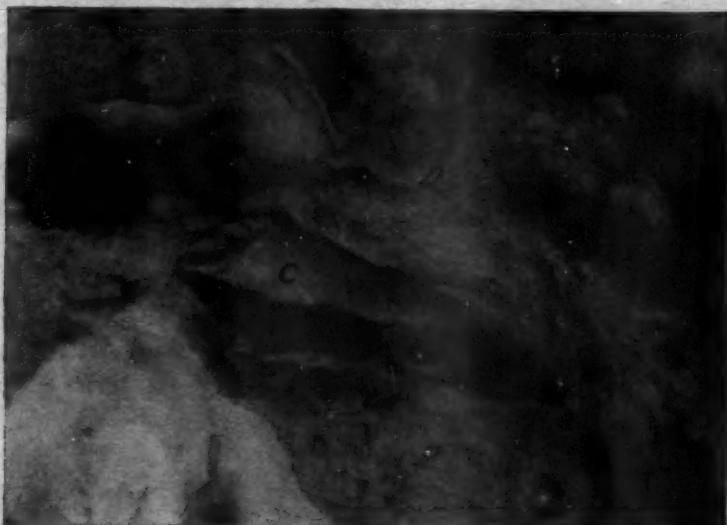


Fig. 12 — Fotografia da mesma peça da fig. 19. A lingüeta foi rebatida deixando ver toda a porção pancreática do d. colédoco.



Fig. 13 — Duodeno-pâncreas pela face posterior. (A.S., masculino, 62 anos, negro, brasileiro). Não há lingüeta pancreática. O d. colédoco encontra-se num raso sulco de face dorsal da cabeça do pâncreas.



Fig. 14 — Duodeno-pâncreas pela face posterior. (A.B., masculino, 35 anos, branco, brasileiro). O estilete foi colocado no lume do d. colédoco que se encontra recoberto por duas lingüetas uma cranial e outra caudal.

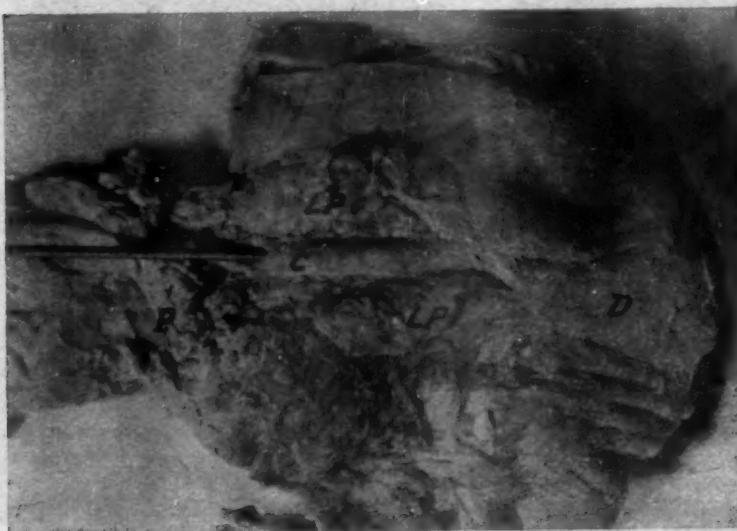


Fig. 15 — Fotografia da mesma peça da fig. 14. As duas lingüetas foram rebatidas, deixando ver totalmente a porção pancreática do d. colédoco.

Os esquemas que ilustram este trabalho foram feitos pela sra. Hélaine Colamartino, valendo-se de um esquema original do desenhista José Gonçalves. As fotografias foram executadas pelo sr. Herman Hugo Graeser. Objetiva: Voigtländer; Distância focal: 18 cm; Distância da peça à objetiva: 55 cm.

LISTA BIBLIOGRÁFICA

- BALDWIN, W.M. — 1911 — *The pancreatic ductus in man, together with a study of the microscopical structure of the minor duodenal papilla*. — Anat. Record, 5 (5):197-228.
- BELOU, P. — 1915 — *Anatomia de los conductos biliares y de la arteria cística*. — Buenos Aires, Impr. Oceana.
- BÜNGNER, O.V. — 1903 — *Zur Anatomie und Pathologie der Gallenwege und des Pánreas*. — Bruns's Beiträge, 39:131-139.
- BUSTOS, F.M. — 1951 — *Táctica quirúrgica en la lisis del hepatocoléodo. Extracción de los cálculos encastillados en el coléodo terminal y en la papilla*. — Bol. y Trab. Acad. Argent. de Cirugía, 35:509-510.
- CAMERON, G. — 1924 — *Pancreatic anomalies, their morphology, pathology and clinical history*. — The Alavarenga Prize Essay awarded July 14, 1924 — University of Melbourne — Victoria, Australia (*).
- CHLYVITCH, B. et KOZINTSEV, A. — 1937 — *Plan de clivage pancréatique comme voie d'abord vers le segment dit intra-glandulaire du cholédoque. (Recherches sur les rapports du cholédoque avec le tissu pancréatique)*. — Ann. d'Anat. Pathol., 14:505-511.

(*) Consignamos os nossos agradecimentos a LION SCOTT da biblioteca da Universidade de Merborne pela remessa deste trabalho por nós solicitado.

- DEGNI, M. — 1945 — Contribuição anatômica e técnica para a cirurgia do ducto coledoco. (Com dados anátomo-cirúrgicos sobre os ductos pancreáticos). — Tese Docência-Livre, Fac. Med. Univ. S. Paulo.
- FINOCHIETTO, R. — 1942 — Coledoco; importancia quirúrgica de su porcion pancreatico. — Rev. Cir. Buenos Aires, 21:461-470.
- FREITAS, J. de — 1948 — Contribuição ao tratamento do côto duodenal nas gastrectomias, por úlcera péptica terebrante da cabeça do pâncreas. Tese Livre-Docência, Fac. Nac. Med. Rio de Janeiro. Borsoi impr. (*)
- FREITAS, J. de — 1950 — Tratamento do côto duodenal nas gastrectomias por úlcera terebrante na cabeça do pâncreas. (Novo procedimento técnico e tático). Tese Catedrático — Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.
- FUCHS, F. — 1926 — Zur chirurgischen Anatomie des juxta-duodenalen Cholodochusabschnittes. — Arch. f. klin. Chir., 199:124-134.
- HELLY, K.K. — 1898 — Beitrag zur Anatomie des Pankreas und seiner Ausführungsgänge. — Arch. f. Mikrosk. Anatomie, 52:773-793.
- LEIVA, C.M. — 1943 — Anatomia del duodeno-pancreas. — Arch. Chil. Morfol., 5:79-153.
- LETULLE, M. et NATHAN-LARRIER, L. — 1898 — Région vaterienne du duodénum et ampoule de Vater. — Bull. Soc. Anat. Paris, (série 5^a), 12:491-506.
- LETULLE, M. et NATHAN-LARRIER, L. — 1898 — L'ampoule de Vater (étude anatomique et histologique). Arch. Sc. Méd., 3:180-196.
- MAEDA, W. — 1924 — Zur topographischen Anatomie des Duodenum. — Acta Scholae Med., 7(1). (cit. por YAMAGUCHI).
- NÄÄTÄNEN, E. — 1941 — Ueber die gegenseitigen Beziehungen zwischen den Pankreasgängen und den Gallengängen. — Zeit. f. Anat. u. Entwicklungsgesch., 11:355-364.
- NOGUEIRA, P. — 1944 — Técnica e tática na calcolose do hepato-coledoco. — Tese, São Paulo, Ed. Técn. Brasil. Ltda.
- PADULA, F. — 1903 — Il calibro del dotto coledoco. — Ann. Med. Navale, Anno IX, 2 (4).
- ROBINSON, B. — 1907 — Landmarks in the biliary and pancreatic ductus. Med. Rec., 72:297-303.
- RUGE, E. — 1908 — Beiträge zur chirurgischen Anatomie der grossen Gallenwege. — Arch. f. klin. Chir., 87:47-78.
- STERLING, J. — 1949 — The termination of the common bile duct. — Rev. Gastroenter., 16:821-845.
- WIART, P. — 1899 — Recherches sur l'anatomie topographique et les voies d'accès du cholédoque. — Thèse Doct., Paris, G. Steinheil, Ed.
- WYSS, O. — 1866 — Zur Aetiology des Stauungskiterus. — Virchow's (cit por Helly).
- YAMAGUCHI, K. — 1930 — Chirurgischen Anatomie des Gallensystems beim Japanen. — Kaibo z. Tokio, 81:191-229 (*).

(*) Agradecemos ao A. a reunião de suas teses.

(*) O título no idioma germânico corresponde ao dado pelo próprio A. que gentilmente nos enviou o trabalho original, publicado em japonês cuja tradução agradecemos ao Sr. Funio Chiba e colaboradores.

SUMMARY

The author studied by means of simples dissection the pancreatic "lingulae" related to the choledochus duct in white and negro individuals in a material composed of pieces fixed in formalin at 10%, 100 being whites (75 of the masculine sex and 25 of the feminine sex), more or less pure, so classified by essential somatoscopic characters.

He presented his findings in four groups in a decreasing order of frequency, some of which presented sub-groups, subordinating to same the forms of transition.

1st. group — Cases where the pancreatic "lingula" was unique, of caudal base and of variable extension, partially covering the choledochus duct. It was found in 39 negroes (23 of the masculine and 16 of the feminine sex) and 46 whites (33 of the masculine and 13 of the feminine sex), making 42,5% of the total.

2nd. group — Cases where the pancreatic "lingula" was unique, of caudal base covering the whole pancreatic portion of the choledochus duct. It was found in 34 negroes (21 of the masculine and 13 of the feminine sex) and 26 whites (21 of the masculine and 5 of the feminine sex), attaining 30% of the total.

3rd. group. — Cases where there was no pancreatic "lingula". The pancreatic "lingula" of the choledochus duct was merely juxtaposed to the posterior face of the pancreas head and adhered thereto by means of coalescence membranes, lymphatic, arterial, venous elements. It was found in 14 negroes (7 of the masculine and 7 of the feminine sex) and 19 whites (15 of the masculine and 4 of the feminine sex) corresponding to 16,5% of the total.

4th. group. — Cases where there was a double "lingula"; an upper one of cranial base and a lower one of caudal base, always juxtaposed by its free border. It was found in 10 negroes (6 of the masculine and 4 of the feminine sex) and 8 whites (5 masculine and 3 feminine), making 9% of the total.

5th. group. — Cases which presented less frequent morphological variations; 3 negroes and 1 white, making 2% of the total.

From the analysis of his results he could draw the following conclusions:

1st. — The pancreatic "lingula" existing on the posterior face of the pancreas head, unique or "double", partially or totally covering the pancreatic portion of the choledochus duct is a very frequent formation, having been observed in 83% of the cases.

2nd. — The absence of the "lingula" was observed in 16,5% of the cases.

3rd. — The pre-pancreatic choledochus duct is a rare disposition, having been verified in 0,5% of the cases (one observation in 200).

4th. — In all cases where there was a pancreatic "lingula", the cleavage plane which permitted freeing it was found.

5th. — Practically choledochus duct in its retro-pancreatic portions is easily accessible either by reason of not being covered by pancreatic tissue or being covered only in a small portion of its extension or for being covered by two "lingulae", the lips of which juxtapose themselves to the level of the posterior face of the duct.

6th. — In 40% of the cases the "lingula" is thick covering the duct in all its extension (30% of cases), in its proximal 2/3 or in its proximal half; under these conditions the isolation of the choledochus duct is made very difficult.

7th. — With relation to the two ethnical groups, negroes and whites, and to the sexes, the variations encountered did not present significant statistical differences.

Para dar ao *Cirurgião* a garantia
de um requisito imprescindível

Esterilidade...



...tôdas as partidas de
FIOS CIRÚRGICOS 
são submetidos a rigorosas
provas microbiológicas.

Importante :

Acompanham nossos produtos um certificado de esterilidade.



LABORATÓRIO CRINO-SÉDA DE SUTURAS CIRÚRGICAS S. A.

Rua Dr. Clementino, 200/208 — Telefone, 9-4493 — São Paulo — Brasil

Resultado del tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores

Prof. AUGUSTO WYBERT e

Drs. PABLO UCHITEL, JUAN A. VIAGGIO y SAÚL POILISHER
(Buenos Aires — Argentina)

En el transcurso comprendido desde 1948 hasta la actualidad, se han atendido en nuestro servicio de cirugía del Policlínico Pirovano 113 enfermos de varices en las extremidades inferiores, descompuestos en 86 mujeres y 27 hombres, que oscilan entre 19 años el de menor edad y 80 años el de mayor edad, siendo los más frecuentes los que cuentan entre 30 y 50 años.

Las varices post-flebiticas son excepcionales: apenas alcanzan a 6 observaciones. Las que se rotulan como esenciales predominan en ambas extremidades inferiores, estando frecuentemente más afectado un lado que el otro. El embarazo tiene valor entre los antecedentes.

En la conducta terapéutica, nos dejamos influenciar por la suficiencia valvular que en su gran mayoría afecta el territorio de la safena interna; le sigue la insuficiencia de las perforantes, luego la insuficiencia de la safena externa, y en menor proporción las colaterales de los sistemas safenos. Pueden estar asociados ambos sistemas safenos o estar en forma predominante la insuficiencia de las perforantes.

La safenectomía en el triángulo de Scarpa, completada con la fleboextracción, es la operación más frecuentemente empleada. Le sigue la operación de Robinson. La ligadura de las colaterales o de las comunicantes es un tiempo complementario o simultáneo que se determina con las pruebas funcionales o con la flebografía, y es indispensable para producir la curación definitiva. En 5 casos, la bota de pasta de Unna fué el tratamiento de elección en las varices post-flebiticas. Merecen especial mención algunos casos que vamos a relatar a continuación.

E. J., de 61 años, argentino. En el año 1939, en la raíz de un trauma en la región maleolar externa derecha, aparece en dicha zona una úlcera que cierra parcialmente con tratamiento médico; hasta que en 1952, dado que la

zona ulcerosa se extiende, consulta a un cirujano que le efectúa una gangliectomía lumbar. La úlcera no cerró, sigue con dolor, y edema que aumenta al caminar, y nota intenso calor en los dedos del pie.

A los cuatro meses del mismo año, le efectúan una safenectomía y fieboextracción con resección de la úlcera e injerto de piel dermoepidérmica. Anda bien un mes y medio, hasta que por un nuevo trauma en la zona del injerto viene a nuestro consultorio.

Se le efectúa una flebografía y se comprueba insuficiencia del cayado de la safena externa; efectuamos su ligadura y el enfermo, a los pocos días, se halla sin síntomas subjetivos y con la úlcera en plena cicatrización. En la fecha la úlcera está cerrada y en buen estado general.

Otro caso interesante es el de J. B., de 69 años de edad, siriolibanés, que concurre a nuestro servicio con una psoriasis generalizada y edema en la pierna derecha con ulceraciones en la región supramaleolar externa e interna; maleolar interna tercio de cara anterior, resto de la piel seca escamosa, con calor en extremidades digitales, con buenas oscilaciones.

Se le efectúa flebografía retrógrada operatoria y se comprueba insuficiencia valvular del sistema profundo. Se le efectúa la ligadura de la vena poplítea y vendaje con pasta de Unna; éste se retira a los pocos días, dado que el edema aumenta; se le pone en cama con miembro levantado y se le efectúa anestesia del simpático lumbar bilateral diariamente; al mes y medio las úlceras estaban completamente cicatrizadas, y el enfermo a los 8 meses deambulava perfectamente; el enema disminuye en parte.

Hemos tenido un caso de varices post-flebiticas con úlcera maleolar interna y suficiencia de sistema profundo y menos oscilaciones, efectuando una



Fotos N.^o 1 y 2:

Corresponde a una paciente con varices esenciales de ambos miembros inferiores, por insuficiencia del cayado de la Safena interna y comunicantes a nivel del tercio superior de la pierna.

mejoría de los síntomas subjetivos con la anestesia del simpático lumbar, por lo que al efectuar la safenectomía se le realiza al mismo tiempo una simpatectomía periarterial, curando la enferma perfectamente.

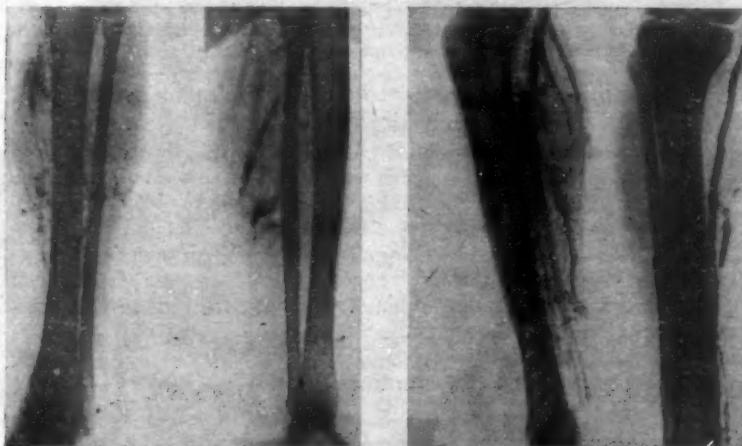
La complicación más frecuente ha sido la úlcera varicosa, siguiéndole la flebitis y la váricorragia.

La técnica más comúnmente empleada ha sido la siguiente: la mayoría de los enfermos han sido intervenidos con anestesia local, y por una incisión crural paralela a la arcada, se explora la desembocadura de la safena interna que es ligada y seccionada. Las ligaduras de las colaterales del triángulo de Scarpa, en sucesión consecutiva, preceden a la fleboextracción, la que se realiza con fleboextractor metálico, descendente. La tunelización de la safena interna se puede efectuar en una etapa hasta el mayor interno, o en dos con un sub-tiempo en la cara interna de la rodilla, siendo más frecuente esta segunda eventualidad.



Fotos N.º 3 y 4:

Varicotrombosis de la Safena interna en un paquete ubicado en el tercio inferior del músculo derecho. Ha sido operado bilateralmente con safenectomía y fleboextracción.



Fotos N.^o 5 y 6:
Flebografía ascendente con Nossylan desde una vena superficial del dorso del pie.

Con la táctica de introducir el fleboextractor desde el maleolo interno en forma ascendente, la tunelización es más sencilla y se consigue en todo el recorrido hasta el triángulo de Scarpa. El postoperatorio lo preferimos en forma ambulatoria, vendando en forma apretada el miembro inferior en su totalidad. Los antibió-



Fotos N.^o 7 y 8:
a) *Flebografía operatoria desde el cayado de la safena externa.* b) *Flebografía operatoria ascendente desde el cayado de la safena externa, donde se observa la vena femoral y una comunicación de los dos sistemas safenos.*

ticos se usan en los casos en que existian lesiones inflamatorias anteriores o durante el acto operatorio.

Si la úlcera complica a las várices, el procedimiento que se aplica cuando fracasa el empleado anteriormente, es la aplicación del injerto dermoepidérmico, previa resección de la zona ulcerada, con el agregado de un vendaje compresivo.

La exploración flebográfica tiene un valor, para nosotros, de primer orden, cuando se desea conocer la insuficiencia valvular del sistema profundo o la permeabilidad de éste, usando en el primer caso la prueba del esfuerzo, y en el segundo la inyección transcalcánea, previa compresión del sistema superficial.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições



INSUFICIENCIA SUPRA-RENAL
CRIOQUE CRÔNICO E OBSTÉTRICO
DOENÇAS INFECTUOSAS - ASTENIAS
QUERIMÓDORAS - INTOXICAÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS

SYNCORTYL

(Acetato de desoxicorticosterona)

SYNCORTYL 2 - Cápsulas com 4 e 20 comprimidos de 1 mg, dissolviros a 2 mg.

SYNCORTYL 5 - Cápsulas com 4 e 20 comprimidos de 1 mg, dissolviros a 5 mg.

SYNCORTYL 10 - Cápsulas com 4 e 20 comprimidos de 1 mg, dissolviros a 10 mg.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.
Rio de Janeiro

SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 180
Caixa Postal 439

La exploracion de la mamaria interna en el tratamiento del cancer mamario

Prof. AUGUSTO WYBERT e

Dr. JUAN A. VIAGGIO
(Buenos Aires — Argentina)

En este último tiempo, se ha insistido sobre la exploración quirúrgica de la cadena de la mamaria interna en el tratamiento quirúrgico del cáncer de la mama.

Sobre una estadística de 30 casos operados, solamente en nueve enfermas se aplicó este criterio, teniendo en cuenta en algunos casos la localización en los cuadrantes internos del tumor primitivo. — En la mayoría, el volumen del tumor, que sobrepasaba los cuatro centímetros, fué la razón fundamental de esta exploración.



Foto N.º 1: Vasos perforantes anteriores yuxtacisternales, ramas de los vasos mamarios internos, como puntos de reparo para llegar a la cadena ganglionar (cargados con una sonda acanalada).

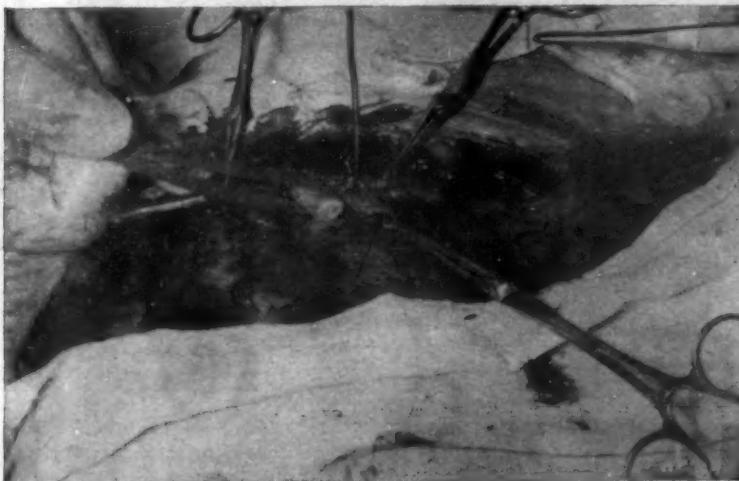


Foto N.^o 2: *Cartílago costal seccionado y levantado con un lazo. Pinzas hemostáticas en los vasos seccionados. Estilete cargando los vasos mamarios. A su lado ganglio infartado (marcado con una flecha).*



Foto N.^o 3: *Ganglio infartado en el primer espacio intercostal, marcado con flecha gruesa. (Vasos mamarios internos marcados con flecha fina).*



Foto N.º 4: Otro caso operado: Ganglio infartado cargado con sonda acanalada y marcado con flecha. (La otra flecha indica los vasos mamarios internos).

En todas, la operación de tipo Halsted con vaciamiento axilar fué completada con la extirpación de la cadena mamaria interna, preferentemente a la altura de los tres primeros espacios intercostales. En tres enfermas, la operación de tipo ampliando también comprendió el vaciamiento supraclavicular.

La extirpación de los ganglios de la cadena de la mama interna es efectuada con la resección temporaria o definitiva de los

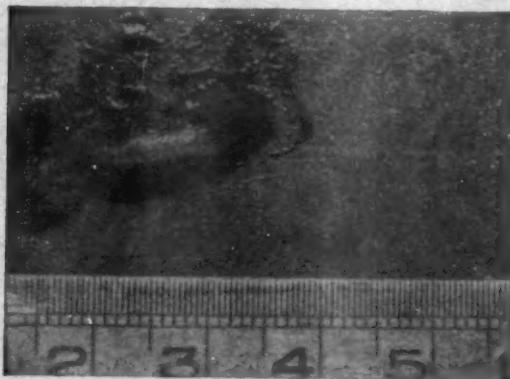


Foto N.º 5: Ganglio mamario interno y varos.

cartílagos costales segundo y tercero, cuidando de no abrir la pleura parietal, en la forma que se expone en las fotografías adjuntas. La invasión histopatológica de la hipertrofia de los ganglios mamarios internos fué confirmada en dos casos, lo que demuestra que la hipertrofia macroscópica no es índice de hipertrofia metastásica.

La importancia práctica de esta exploración es que en algunos casos del grupo I, la radioterapia debe complementar a la terapéutica quirúrgica, y en los grupos II y III este vaciamiento mamario interno consolida una mejor y más amplia exére sis linfática que el solo vaciamiento cártiloganglionar de la axila. Este tiempo complementario alarga la operación y puede realizar-se cuando la impresión es que no va a aumentar el riesgo quirúrgico del paciente.

Acabam de ser publicados

2 volumes de

"A cirurgia no Sanatório São Lucas"

CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:

- a) nas afecções cardíaco-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação energica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.

★

**LABORATÓRIO
TERÁPICA PAULISTA S/A.
Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil**

LEITELHO EM PÓ ELEDON

Um alimento medicamentoso que sempre
deu provas de alta eficácia



Indicado na realimentação e
como auxiliar dietético
nos casos de

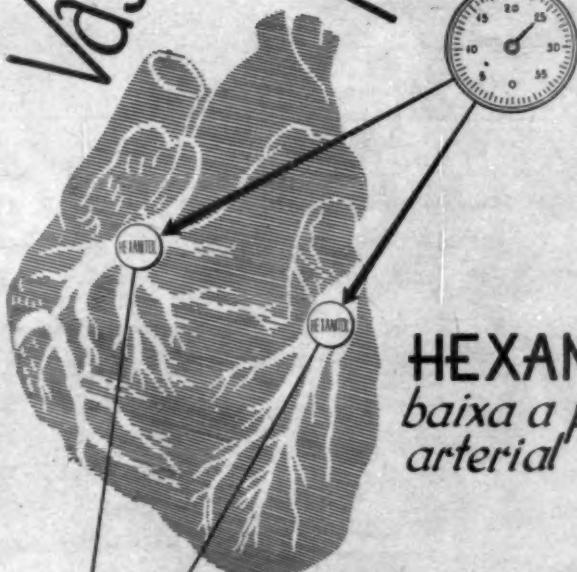
- DISPEPSIAS
- DIARRÉIAS
- DISENTERIAS
- TOXICOSES
- DISTROFIAS
- ATROFIAS
- HIPOTRÉPSIA
- ENTEROCOLITES
- CÓLERA INFANTIL
- ANOREXIA
- DOENÇA CELIACA
- PILOROESPASMO
- ECZEMAS



Coagulo de Caseina (ELEDON
preparado com mucilagem de
amido). As partículas não aderem
umas às outras o que facilita a
circulação do suco gástrico.
(480 X)

NESTLÉ

Vasodilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL com RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

Vesícula fresa

(su tratamiento y
importancia de las disquinesias biliares asociadas)

Drs. RICARDO AMASQUÉ DEDEU y

LEONARDO OSCAR BRAIER

(Buenos Aires, Argentina)

Desde que la vesícula fresa fuera descripta primera vez por BÖLTCHER (1875) ha constituido un permanente problema, porque se manifiesta por dolores a menudo tenaces y rebeldes, porque su diagnóstico clínico es muy difícil y porque los resultados terapéuticos son, en general, poco satisfactorios.

En efecto, un cierto número de autores (WHITE y RIDICK, STANTON, BENGOLFA) consideran que la colesterosis vesicular se debe tratar mediante la colecistectomía, pero es frecuente que persistan los síntomas de la operación.

WALTERS y SNELL dicen que la colecistectomía tiene éxito apenas en el 30% de los casos. MACKEY comprueba que únicamente 14, entre 33 enfermos, vieron desaparecer los síntomas con la operación. ARNEL encuentra que 10 entre 26 operados por colesterosis sufrían cólicas hepáticas (38%).

A qué atribuir este fracaso de la colecistectomía? Segundo BEINGOIRA y VELASCO SUÁREZ el sondeo duodenal revela en estos casos una hipertonia del Oddi. Y como al efectuar la colecistectomía tratamos el trastorno vesicular únicamente, dejamos sin terapéutica la afección esfinteriana. Por lo tanto, en la colesterosis vesicular habría que tratar, además de la enfermedad misma, la disquinesia asociada.

También MIRIZZI insiste en este sentido, y opina que la colangiografía operatoria es muy eficaz para diagnosticar las alteraciones funcionales del esfínter de Oddi. Dicho autor utiliza pruebas farmacológicas (nitrito de amilo, sulfato de magnesio) y según el resultado de las mismas trata la hipertonia del Oddi con drenaje externo cístico-duodenostomía, colédoc-duodenostomía o papilotomía transduodenal.

Por su parte, ALBOT, OLIVIER, LIBAUDE y DRESSLER han efectuado controles radiomanométricos y anatómopatológicos en enfermos afétiados de vesícula fresa, llegando a la conclusión de que la afección del colecisto se asocia con una cisticitis o infundibulo-cisticitis. Según ALBOT la inflamación del cístico es la causa de la colesterosis; los enfermos sufrirían por la cisticitis y no por la afección vesicular, y considera justificada la colecistectomía por la existencia de la hipertonia cística.

Nosotros hemos tenido diez casos de vesícula fresa no asociada a litiasis, que estudiamos por sondeo duodenal, colangiografía operatoria y colangiomanometría operatoria (método de MALLET-GUY). Nuestra experiencia alcanza a siete casos controlados por manometría; en otro se efectuó la colangiografía operatoria exclusivamente. Además incluimos dos casos que habían sido operados por colesterosis vesicular y presentaron recidiva en sus síntomas; estos últimos casos sólo han sido estudiados por sondeo duodenal.

1) Casos estudiados por colangiomanometria :

Se estudiaron siete enfermos, comprobándose lo siguiente:

- a) hipotonía generalizada de vías biliares en uno;
- b) manometría de vesícula aproximadamente normal en dos;
- c) enfermedad del cístico en cuatro:
 - en dos no se efectuó manometría de coledoco;
 - en otro la manometría de coledoco era normal; y
 - en el restante, se halló una hipotonía del Oddi.

2) Caso estudiado por colangiografía operatoria :

Era una enferma con vesícula excluida; en la intervención no se halló cálculos pero la colangiografía operatoria demostró que la sustancia opaca no franqueaba el cístico a pesar de distender la vesícula.

No se hizo colangiografía de coledoco, pero el sondeo duodenal mostraba un buen funcionamiento del esfínter de Oddi.

3) Casos de recidiva post-colecistectomia estudiados por sondeo duodenal :

En los últimos tiempos hemos visto dos enfermos operados por colesterosis y que han continuado sufriendo dolores en hipocondrio derecho. En los dos hemos comprobado una hipertonía del Oddi por el sondeo duodenal.

De modo que de diez casos de vesícula fresa, una presentaba una hipotonía de vías biliares, dos tenían manometría vesicular normal, cinco enfermedad del cístico, dos una hipertonía de Oddi. Entre los que presentaban enfermedad del cístico, uno reveló una manometría de coledoco normal y otro una hipotonía del Oddi. En

síntesis: en nuestra serie la vesícula fresa se asocia a todos los tipos de disquinesia conocidos.

Evidentemente, la asociación de la enfermedad del cístico con vesícula fresa es muy frecuente: cinco sobre ocho casos (62,50%). En los otros dos enfermos, que fueron examinados luego de la colecistectomía, no sabemos si hubo o no una afección del cístico. Pero desde el momento que podemos encontrar vesículas fresa sin estenosis del cístico nos parece que *no se puede explicar la patogenia de dicha afección ni los síntomas que la caracterizan solamente por este único factor.*

Creemos que la conducta terapéutica frente a una colesterosis debe derivar de un completo examen clínico, del estudio por sondeo duodenal y de los resultados aportados por la colangiomanometría operatoria.

Procedemos así:

a) Si los síntomas pueden explicarse por una disquinesia asociada, efectuamos el tratamiento de dicha disquinesia;

Si hay una enfermedad del cístico: colecistectomía;

Si hay una hipertonia de Oddi: vagotomía reducida (método de MALLETGUY) o drenaje externo (colecistostomía colédocostomía);

Si hay una oditis: papilotomía transduodenal, asociada o no a vagotomía reducida;

Si hay una hipotonía de vías biliares: expectación, pero si el enfermo aqueja trastornos francos llevamos a cabo la esplanicectomía derecha.

b) Pero cuando el enfermo presenta un franco dolor vesicular, confirmado por sondeo duodenal, y la manometría no nos revela ninguna disquinesia asociada, efectuamos igualmente la colecistectomía.

No aconsejamos la cisticoduodenostomía para el tratamiento de la hipertonia del Oddi porque la alta frecuencia de lesiones en el cístico hace temer el fracaso de dicha terapéutica.

RESUMEN

Se destaca la importancia que tienen las disquinesias asociadas a la vesícula fresa en la sintomatología de los enfermos. En nuestra serie de diez enfermos encontramos todos los tipos de disquinesia conocidos y preconizamos el tratamiento adecuado a cada uno; pero si el enfermo presenta dolor vesicular y la colesterosis no va asociada a ningún tipo de disquinesia, indicamos igualmente la colecistectomía.

A experiência desvendou a sinergia
funcional do grupo vitaminico β .

Reunir seus elementos racionalmente
e forjar arma segura contra os estados
carenciais d'este complexo.



Tratamiento de ciertos casos de litiasis de la glandula submaxilar por la extirpacion del conducto de Wharton

Prof. CARLOS BERGARA

(Director del Instituto de Cirugia Dento-Maxilar de la Facultad de Odontología
de Buenos Aires)

La litiasis de la glándula submaxilar es una afección, frecuente dentro de la patología de las glándulas salivares.

Los cálculos que se presentan, son muy variados, tanto en su volumen como en su localización.

Como sabemos la glándula submaxilar está situada dentro de una celda, en la cara interna del maxilar inferior, por debajo del músculo milo-hioideo, y envía una prolongación de ella, que bordea el borde posterior del músculo milo-hioideo y penetra por un hiato entre este músculo y el músculo hioideo-gloso, conjuntamente con el conducto de desague de esta glándula, el conducto de Wharton, el cual a su vez es contorneado por el nervio lingual, como si fuera enlazado por éste, y recorre el piso de la boca para terminar vecino al conducto de Wharton del lado opuesto a cada lado del frenillo lingual.

Es conveniente destacar para poder interpretar la localización de los cálculos de la glándula, que existen sitios donde éstos se localizan con mayor frecuencia: éstos son el codo que forma la glándula en el borde posterior del milo-hioideo, por una parte, el lugar donde se cruza en X con el nervio lingual por otra parte, y por último en las proximidades del orificio de salida donde existe una especie de esfínter y así como también dentro del conducto en su trayecto por el piso de la boca.

Los cálculos que se forman en la misma glándula, no traen mayores trastornos en la secreción sino cuando tienen un volumen más o menos grande, a veces del tamaño de un carozo de durazno. En nuestra experiencia figura un caso de un paciente que fué operado, y al cuál se le trajeron numerosos cálculos de la glándula, algunos del tamaño de una aceituna y que con los cuales se llenó un frasco de unos 50 cc. de capacidad, y que fué operado más por la tumuración que presentaba en la región suprahioidea, que por las molestias en la secreción de la glándula.

Los cálculos que se localizan dentro del conducto, en su trayecto por el piso de la boca son variables, tanto en su forma, tamaño y cantidad. Cuando están en este sitio es fácil localizarlos tanto por la radiografía, como por la palpación bimanual, con un dedo dentro de la boca y otro por fuera.

La intervención para la extirpación de los cálculos en estos casos no ofrece mayores dificultades.

Cuando se trata de cálculos más o menos grandes como por ejemplo del tamaño de una aceituna, aunque éstos estén en la glándula y cerca del borde posterior del músculo milo-hioideo, tampoco ofrece mayores dificultades para su extirpación por vía intrabucal.

La verdadera dificultad para la extirpación de cálculos está, cuando se trata de cálculos pequeños por ejemplo del tamaño de un grano de arroz o de una aveja y que está dentro del conducto pero en las vecindades del borde posterior del milo-hioideo o en el momento en que el conducto de Wharton se cruza con el nervio lingual.

El enfermo presenta toda la sintomatología del cólico salival a pesar del pequeño tamaño del cálculo; la palpación no alcanza a palpar el cálculo debido a lo reducido de su tamaño pero los trastornos que experimenta el paciente obligan a hacer una intervención para ser eliminado.

Solamente la radiografía tomada con rayos poco penetrantes alcanzan a descubrir la presencia de un pequeño cálculo en las proximidades del borde posterior del músculo milo-hioideo.

A nosotros nos tocó intervenir varios enfermos de esta clase que ya habían sufrido varias intervenciones infructuosas.

La búsqueda de un cálculo pequeño en el fondo del piso de la boca, en medio de una atmósfera de tejidos blandos, al igual que la de cualquier cuerpo extraño, en estas mismas condiciones, se convierte en una intervención laboriosa, poco limpia y condenado al fracaso en muchas oportunidades.

Teniendo en cuenta que el cálculo, a pesar de ser pequeño está dentro del conducto de Wharton es que nos pareció que siguiendo la vía del conducto es la forma más viable y más segura para llegar en forma precisa hasta el sitio en que se encuentra.

La técnica para estos en que se trata de cálculos muy pequeños pero con una sintomatología muy ruidosa es en realidad muy simple.

Se comienza por disecar el orificio del conducto de Wharton en el momento que desemboca al costado del frenillo lingual. Se toma éste con pinza de Kocher y se va disecando en forma cuidadosa al mismo tiempo que se va investigando por palpación si existen cálculos pequeños dentro del conducto. El cuidado que se debe tener es cuando se llega al momento en que el conducto de Wharton es cruzado por el nervio lingual, que como recordamos es uno de los puntos donde suelen localizarse dichos cálculos. Haciendo una disección cuidadosa se evita facilmente el llegar a lesionar el nervio

lingual que nos ocasionaría trastornos tanto en la sensibilidad de la lengua por delante de la V lingual como en la parte gustativa y según el sitio de la lesión del nervio podría traer trastornos en la secreción de las submaxilar y sublingual.

Si no encontramos ningún cálculo en este sitio seguimos diseando nuestro conducto hacia el borde posterior del milo-hioideo para lo cual es conveniente hacer una ligera tracción del conducto de Wharton que tenemos tomado con la pinza de Kocher y un ayudante nos presiona con sus dedos desde la región suprahioidea la glándula submaxilar de tal manera que se levanta el piso de la boca y se aproxima a la superficie de la mucosa bucal. Con un poco de cuidado se encuentra el cálculo el que en el momento de hacer la incisión para eliminarlo sale inmediatamente una abundante cantidad de saliva viscosa y en algunos casos con aspecto purulento.

Una vez hallado el cálculo y eliminado existen varios procedimientos para terminar la operación.

El más conveniente y que ha dado mejores resultados es dejando una porción como de uno o dos centímetros de largo de conducto de Wharton y eliminando todo el resto.

Como de costumbre dejamos sulfamida en polvo en el lecho de la herida y gasa iodoformada para evitar el cierre demasiado prematuro.

El enfermo es mantenido durante 2 ó 3 días bajo la influencia de antibióticos (penicilina) para evitar la posible infección del piso de la boca.

En algunos casos en que extirparamos totalmente el conducto de Wharton hasta más allá del milo-hioideo algunos pacientes en su post-operatorio presentaron signos de retención de la glándula que nos obligó a efectuar algunos días después una nueva incisión para favorecer el drenaje en el piso de la boca.

Por eso es que aconsejamos dejar ese pequeño muñón de conducto de Wharton de 1 ó 2 cms. de largo.

METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO : Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO : Rua da Glória, 178. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

*Ação anti-hipertensiva
gradual e duradoura*



APRESOLINA[®]

1 - hidrazinoftalazina

- abaixa a pressão arterial patologicamente elevada
- aumenta a irrigação renal e a eliminação urinária
- diminui e regula o tônus dos vasos cerebrais
- melhora as alterações vasculares do fundo ocular

Sintetizada e investigada pela **Ciba**



*Comprimidos de 10 mg
Drágeas de 50 mg*

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A. — RIO DE JANEIRO

O tratamento cirúrgico da atresia do esôfago com fístula traqueo-esofagiana

(Apresentação de um caso de anastomose primária extrapleural com sobrevida)

Dr. VIRGILIO A. DE CARVALHO PINTO

Dr. PEDRO REFINETTI

Dr. ROBERTO DE VILHENA MORAES

(São Paulo)

Na cirurgia do recém-nascido, o problema da atresia do esôfago tem chamado a atenção dos cirurgiões, pela freqüência com que esta anomalia congênita, incompatível com a vida, se apresenta, e pela gravidade de seu prognóstico. O tratamento é eminentemente cirúrgico e o resultado operatório está na dependência de uma série de fatores que exige o trabalho de uma equipe altamente especializada. O diagnóstico deve ser precoce, a técnica e a tática cirúrgicas devem obedecer aos requisitos exigidos pelo caso, e os cuidados pré e pós-operatório constituem fatores da mais alta importância.

A nossa experiência baseada em 30 casos observados, nos permite fazer as seguintes considerações:

1.^a) O diagnóstico precoce é da maior significação com relação ao prognóstico. O excesso de muco e saliva na boca, os surtos de cianose e dificuldade respiratória, podem sugerir a hipótese da existência de atresia do esôfago, antes mesmo da criança ser alimentada. A introdução de uma sonda em direção ao estômago é manobra inofensiva e permite esclarecer os casos de suspeita. Caso o diagnóstico não seja feito da maneira ideal acima referida, deverá ser estabelecido quando se inicia a alimentação do recém-nascido, pois nessa ocasião dá-se o vômito imediato do alimento, com sinais de sufocação, cianose e dispneia.

A introdução de algumas gotas de lipiodol permite confirmar o diagnóstico, havendo contra-indicação formal no emprego do bário e devendo ser evitada a aspiração de contraste.

2.^a) Feito o diagnóstico, para evitar as possíveis complicações pulmonares cuidados especiais devem ser tomados, tais como a

aspiração orofaríngea e o decúbito ventral ou lateral. Os cuidados pré-operatórios adequados devem ser imediatamente instituídos.

- 3.a) O tratamento cirúrgico ideal consiste na anastomose primária entre os dois segmentos esofágianos, após a ligadura da fistula traqueo-esofágiana. Como a maioria dos casos (87% na nossa estatística), é constituída pela atresia do esôfago e fistula traqueo-esofágiana, e os dois segmentos do esôfago estão em uma situação de proximidade que permite a anastomose primária, o ideal é a sua realização por via extra-pleural. Nos casos de grande afastamento dos segmentos do esôfago, como acontece quando não há fistula traqueo-esofágiana, o tratamento ideal seria a esôfago-gastrostomia. Contudo, constitue esta, uma operação de grande envergadura e talvez nestes casos convenha fazer a esôfagostomia cervical e a gastrotomia, deixando a reconstrução da continuidade do trato alimentar para um segundo tempo operatório. A gastrostomia acreditamos, não deva ser feita como regra, quer antes quer após a anastomose primária, nos casos em que esta possa ser realizada.
- 4.a) O prognóstico das crianças portadoras de atresia do esôfago depende de uma série de fatores, uns dependentes do próprio paciente como sejam o peso e a presença de anomalias associadas e outros condicionados a assistência médica, como o diagnóstico precoce, a prevenção de complicações, o tratamento pré e pós-operatório bem conduzido, a anestesia e a técnica e tática cirúrgicas empregadas.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Criança branca, sexo feminino, nascida em 6-2-53, de término, pesando 3.130 g com 0,49 cm de comprimento. Diagnóstico clínico feito com 24 horas de vida, confirmado pelo exame radiográfico com o lipiodol, iniciado o preparo pré-operatório, foi a operação realizada 35 horas após o nascimento. Anestesia endotraqueal, éter. Incisão através do 4.^º espaço intercostal, seguida da anastomose primária por via extrapleural direita. Pós-operatório sem acidentes. Durante 8 dias a alimentação foi inteiramente parenteral através de cânula de polietileno, colocada na veia. Atualmente com 8 meses de vida, apresenta-se com desenvolvimento e peso normais e com perfeita permeabilidade esofágiana.

BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO PINTO (V. A. de) VILHENA MORAES (R. de) e SOARES BICUDO (J. C.) — *Atresia do esôfago: diagnóstico e conduita cirúrgica.* — "Pediat. Prát." 22:217, 1951.
- CARVALHO PINTO (V. A. de) REPHIETTI (Q.) e VILHENA MORAES (R. de) — *Atresia congênita do esôfago.* Apresentação de um caso operado, com sobrevivida; o 1.^º no Brasil. — Trabalho apresentado no Departamento de Pediatria em 12 de Maio de 1953. (A ser publicado na "Rev. Paul. Med").

CARVALHO PINTO (V. A. de) REFINETTI (P.) VILHENA MORAES (R.) e SOARES BICUDO (J. C.) — *Atresia congénita do esôfago. Considerações em torno de 30 casos.* — Trabalho apresentado no Departamento de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina em 10 de Junho de 1953. (A ser publicado na "Rev. Paul. Med").

VILHENA MORAES (R. de) e CARVALHO PINTO (V. A. de) — *As atresias congénitas do trato digestivo.* — "Pediat. Prát". 22:85, 1951.

RUBROMALT

*Extrato de malte
com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.*

INSTITUTO TERAPÉUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil



Em dosagens eficientes :

Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
de Glicose em suspensão de paladar agradável.

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais

★

LABORATÓRIO YATROPAN LTD A.

Escritório: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — LABORATÓRIO: Rua Copacabana, 15-A
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Ribeira Interna) São Paulo, Brasil.

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucosio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucosio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucosio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucosio em água destilada a 5 % e 10 %.

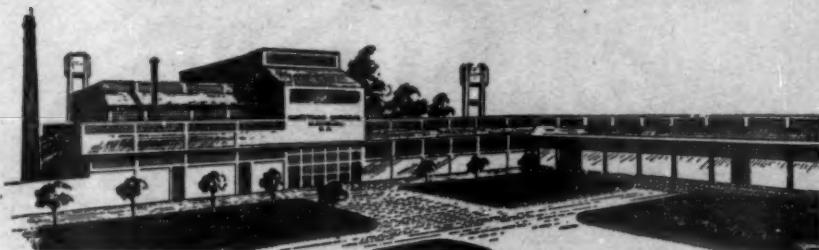
Em frasco de 500 e 1 000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue:

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818
Caixa Postal 3.705 - Enderéço Telegráfico: "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio - Rua Campos, 545.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderéço Telegráfico: "BAXTER"

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 114 — TELEFONE: 96-8181

Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"
mantido pelo Sanatório São Lucas

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII — Neurologia e Psiquiatria. |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX — Cirurgia. |
| III — Endocrinologia. | X — Obstetricia e Ginecologia. |
| IV — Microbiologia e Higiene. | XI — Oto-rino-laringologia. |
| V — Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII — Oftalmologia. |
| VI — Medicina Geral. | XIII — Dermatologia e Venerologia. |
| VII — Pediatría. | XIV — Radiologia. |
| | XV — Tubercolose. |



Pedidos de assinaturas para:
III, KALVERSTAAT — AMSTERDAM C. — HOLÂNDIA

DISTONEX



para o



Equilibrio vago-simpático

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 370 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimiu.